

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в медицинских организациях.

г. Уфа

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____, паспорт серии _____
(Ф.И.О.) (серия паспорта)

номер _____, выдан _____
(номер паспорта) (кем и когда выдан)

_____ (кем и когда выдан)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации)

поручаю

_____ , паспорт серии _____
(Ф.И.О.) (серия паспорта)

номер _____, выдан _____
(номер паспорта) (кем и когда выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу: _____,
(адрес регистрации)

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка _____

_____ , _____ года рождения, свидетельство о
(Ф.И.О.ребенка) (год рождения полностью)

рождении _____, выдано _____
(серия и номер документа) (дата выдачи) (кем выдано)

_____ , в ГАУЗ РБ Детская стоматологическая
поликлиника № 3 г. Уфа по поводу получения моим ребенком медицинской помощи(услуг),
а именно:

1. Подписывать от моего имени Договор на оказание медицинских услуг моему ребенку;
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства;
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств;
4. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее;
5. Нести ответственность за действия ребенка в учреждении, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения).

Доверенность выдана сроком на _____ год(а), без права передоверия.
(от 1 до 5 лет)

Подпись поверенного _____ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____