

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов пациента в медицинской организации

г. Москва « _____ » _____ года.

Я _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

зарегистрированная (ный) по адресу _____

поручаю _____

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____, зарегистрированная (ный) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка _____

(ФИО)

год рождения _____, свидетельство о рождении серия _____ номер _____

_____ выдано _____ В

Обществе с ограниченной ответственностью «ЯВ» по поводу получения медицинской помощи (медицинских услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг.
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. Оплачивать лечение моего ребенка из моих, либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка в виде медицинских справок, медицинских заключений, копий, выписок из медицинской карты, оригинала медицинской карты, включая любые снимки, результаты анализов.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью, подпись (подписывается доверителем в присутствии сотрудника ООО ЯВ)

*Настоящая доверенность подписана _____ (ФИО, родителя)

В присутствии сотрудника ООО «ЯВ» _____ (ФИО, должность)

« _____ » _____ 2022 года.

*заполняет сотрудник ООО «ЯВ»