

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего лица в медицинском учреждении

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Пермь

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. законного  
представителя) \_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата  
выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_,

**ДОВЕРЯЮ**

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. доверенного лица), паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающему \_\_\_\_\_

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., дата

рождения) в **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника ухо, горло, нос»**, а также:

- получать информацию относительно состояния здоровья ребенка;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- подписывать договоры, все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства, совершать иные необходимые действия в качестве представителя в процессе оказания медицинской помощи несовершеннолетнему.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность доверенного лица (паспорт), копии паспорта доверителя и копии свидетельства о рождении ребенка.

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Ф.И.О.)