

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего лица в медицинском учреждении

« ____ » _____ г.

г. Пермь

Я, _____, _____ г.р. (Ф.И.О. законного
представителя, дата рождения). Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи
« ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ г.р. (Ф.И.О. доверенного лица, дата рождения). Паспорт серия _____ но-
мер _____ 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.)