

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____

(Ф.И.О. одного из родителей (или иного законного представителя) ребёнка)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ « ____ » _____ 20__ г.

уполномочиваю

(кому - Ф.И.О. доверенного лица)

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

_____ « ____ » _____ 20__ г.

представлять интересы моего ребенка/моих детей:

_____ « ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

_____ « ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

_____ « ____ » _____ 20__ г.

(Ф.И.О. ребёнка, дата рождения)

в клинике «ПреАмбула» (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету здоровья, договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390н, информированные добровольные согласия на прочие медицинские вмешательства (в том числе на вакцинацию), принимать решения по проведению моему ребенку различных медицинских вмешательств, а так же подписывать информированный отказ от медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, справок, рецептов, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок _____

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись доверенного лица)

Подпись _____ удостоверяю.

(Подпись родителя ребёнка)

Документы проверил _____

(Удостоверена уполномоченным лицом ООО "ПреАмбула" Ф.И.О. и подпись)