

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представительство интересов несовершеннолетнего гражданина в ООО «Консилиум»

Дата: _____

Я, _____
(фамилия, имя, отчество родителя)

Паспорт (серия, номер) _____
выдан(кем выдан, дата выдачи) _____

Адрес регистрации: _____

Являясь родителем, и действуя за своего несовершеннолетнего ребенка

(ФИО, дата рождения, номер свидетельства о рождении (или данные паспорта)).

настоящей доверенностью уполномочиваю гражданина(ку)

_____ (фамилия, имя, отчество)

Паспорт: (серия, номер) _____

Выдан: (кем выдан, дата выдачи) _____

Адрес регистрации: _____

Выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Консилиум», расположенного по адресу: г. Астрахань, ул. Николая Островского, д.130 литер А, по вопросам, связанным с получением медицинской помощи и услуг, в частности (выбрать и отметить галочками):

- сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка на прием врачей – специалистов, процедуры и находиться рядом;
- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка в устной форме от врачей или в письменной из медицинского заключения;
- оплачивать лечение из моих, либо собственных средств;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решение, касающиеся всех амбулаторных процедур, в том числе инвазивных манипуляций, амбулаторных операций;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий и отказов, в том числе на медицинские вмешательства.

Вписать недостающее (на что еще дается разрешение): _____

Внимание! Вносите только те действия, которые Вы считаете возможным доверить!

Доверенность действительна до _____ без права передоверия.
срок действия доверенности

Подпись родителя (доверителя) _____

Подпись доверенного лица _____
расшифровка подписи

Подпись родителя (доверителя) подтверждаю: _____

Администратор ООО «Консилиум» _____
ФИО, подпись

М.П.