

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица
в медицинском учреждении

Дата выдачи: « _____ » _____ 20 ____ г.

Место выдачи: г. Шадринск, ООО «Спектра».

Я, гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____, проживающий (ая) по адресу _____

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка _____

_____, _____ года рождения

Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. _____

Паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____, проживающего (ую) по адресу _____

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в клинике ООО «Спектра», в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность выдана на _____ без права передоверия.

Подпись родителя _____

Личность родителя удостоверил администратор ООО «Спектра»

_____/_____/_____