

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов ребенка, не достигшего 18 лет, в ООО «Солнечный луч»

г. Рязани

«        »

202 г.

Мы, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г.р. (Ф.И.О. законного представителя полностью) паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

«        » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_, и

\_\_\_\_\_ г.р. (Ф.И.О. законного представителя полностью) паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

«        » \_\_\_\_\_ г., зарегистрированная по адресу \_\_\_\_\_, доверяю

\_\_\_\_\_ (ФИО доверенного лица полностью) \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

«        » \_\_\_\_\_ г. зарегистрирован (а) по адресу \_\_\_\_\_ представлять интересы моего ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения, (ФИО ребёнка полностью) свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_, выдано «        » \_\_\_\_\_ г., кем выдано \_\_\_\_\_

представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в ООО «Солнечный луч», в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку, дополнительные соглашения и акты выполненных работ.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Подписывать согласие либо отказ от обработки персональных данных.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме у врачей, так и в виде оригиналов и копий медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана на срок до наступления ребенком 18-ти лет либо на \_\_\_\_\_ год(а).  
Доверенность выдана без права передоверия.

Подпись представителя удостоверяю: / \_\_\_\_\_ / подпись кому  
доверяют расшифровка подписи

Подпись доверителя: / \_\_\_\_\_ /

Подпись доверителя: / \_\_\_\_\_ /