

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
**на представление интересов законного представителя несовершеннолетнего ребенка**  
**в медицинских организациях**

г. \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

поручаю \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_

зарегистрированному (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка

\_\_\_\_\_ года рождения, Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_, выдано  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, в  
медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно (указать):

- 1) Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
- 2) Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, инъекции и инфузии, а также и вакцинацию.
- 3) Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств, инъекций и инфузий, а также вакцинации.
- 4) Принимать решения по вопросам проведения медицинских обследований и других медицинских вмешательств.
- 5) Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
- 6) Получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, справок.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) без права передоверия и действительна при предъявлении паспорта доверенного лица.

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_.

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.