

Доверенность

Я, _____
ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего

Паспорт _____ (серия)_ _____ (номер),_

(кем выдан, дата выдачи)

доверяю_

(ФИО бабушки, дедушки, няни, дяди, тети и пр.)

Паспорт _____ (серия)_ _____ _номер_

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «МиПоль»_

- _____ по поводу лечения/обследования моего ребенка

(ФИО ребенка)

Свидетельство о рождении: _____ (серия)_ _____ номер

(кем выдан, дата выдачи)

в частности:

- подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и все приложения к договору;

- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств, планы обследования и лечения;

- оплачивать лечение ребенка;

- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в устной форме, в виде копий и выписок из медицинской документации.

- получать справки, финансовые документы, результаты обследования и лечения.

Доверенность выдана сроком на 3 года без права передоверия.

ФИО Подпись

(родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

ФИО Подпись (доверенного лица)

- _____ Дата выдачи доверенности