

Доверенность на представление интересов ребенка в медицинской организации

г. _____ «___» _____ 20__ года

Настоящей доверенностью я, _____, _____ года
(фамилия, имя, отчество) (число, месяц, год)
рождения, паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(серия паспорта) (номер паспорта) (число, месяц, год, наименование органа)

код подразделения _____ зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(значение) (указать адрес по месту регистрации)

уполномочиваю _____, _____ года
(фамилия, имя, отчество) (число, месяц, год)
рождения, паспорт серия _____ № _____, выдан _____
(серия паспорта) (номер паспорта) (число, месяц, год, наименование органа)

код подразделения _____ зарегистрированный(ая) по адресу: _____
(значение) (указать адрес по месту регистрации)

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка _____
(фамилия, имя, отчество)
_____ года рождения, свидетельство о рождении серия _____ № _____, выдано _____
(число, месяц, год)

(число, месяц, год, наименование органа)

во всех медицинских организациях, с применением прав, предусмотренных п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в частности: права выбора медицинской организации и врача, права подписания информированного добровольного согласия и договора на оказание медицинских услуг, права получения полной и достоверной информации о состоянии здоровья ребенка как на приеме врачей, так и с помощью оригиналов и копий медицинских документов и выписок из них, права оплаты лечения ребенка с использованием моих либо собственных средств.

Доверенность выдана без права передоверия.

Доверенность выдана сроком на/до _____
(дата на/до)

ФИО, подпись _____
(ФИО и подпись)