

Доверенность

Я, _____
(ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего)

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

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

Паспорт серия _____ номер _____ выдан _____

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Альтамед-Голицыно» 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