

ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего возраста 18 лет

г. Дубна

«...» 20 ...год

Я, _____
паспорт _____ выдан _____

(орган выдачи, дата выдачи)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

ФИО несовершеннолетнего

«___» _____ года рождения, свидетельство о
рождении: _____

(№ свидетельства, число\месяц\год, кем выдано)

доверяю:

(ФИО поверенного)

паспорт _____ выдан _____

(орган выдачи, дата выдачи)

зарегистрированный (ая) по адресу _____

представлять мои интересы при оказании моему ребенку медицинских услуг в ООО «Мед+Эксперт» (далее – Клиника), а именно:

1. Сопровождать ребенка в Клинику, присутствовать на приеме врача-специалиста, при проведении диагностических исследований.
2. Подписывать от моего имени информированное добровольное согласие, дополнительные соглашения, приложения к договору на оказание платных медицинских услуг, акты об оказанных услугах.
3. Оплачивать стоимость медицинских услуг.
4. Получать рекомендации и назначения, а также полную информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей-специалистов, при проведении диагностических исследований, а также в виде оригиналов, копий медицинской документации и выписок из нее.

Я уведомлен (-а) и даю свое согласие на то, что при выполнении доверенным лицом вышеуказанных действий, ему будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Никаких претензий к медицинской организации по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия и действительна при предъявлении паспорта доверенного лица.

Подпись доверенного лица _____ подтверждаю.

_____ (подпись, ФИО доверителя)