



ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
_____ (фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя)

Паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____,

зарегистрирован по адресу: _____,
доверяю _____,

(фамилия, имя, отчество доверенного лица)

Паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____,

зарегистрирован по адресу: _____,
сопровождать моего ребенка/моих детей:

1) _____,
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

2) _____,
(фамилия, имя, отчество ребенка, дата рождения)

в клинику ООО Центрстом «АС» (с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе: анкету здоровья, договор оказания платных медицинских услуг, план лечения, информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, а также подписывать отказы от указанных медицинских вмешательств, оплачивать данные услуги, получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением данного поручения).

Доверенность выдана на срок _____.

Законный представитель _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Доверенное лицо _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Документы проверил _____ / _____ /
(фамилия, имя, отчество сотрудника клиники) (подпись)

« _____ » _____ 20__ год