

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего лица в медицинском учреждении

г. Тула

«___» _____ 202_ г.

Я, гр. _____,

«___» _____ года рождения, место рождения: _____

_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____,

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

настоящей доверенностью уполномочиваю

гр. _____

«___» _____ года рождения, место рождения: _____

_____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____,

зарегистрированного(ую) по адресу: _____

представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка, гр. _____

_____, «___» _____ года рождения,

свидетельство о рождении: _____ № _____, выдано _____

_____, дата выдачи «___» _____ года,

зарегистрированного(ую) по адресу: _____

(или)

паспорт: серия _____ № _____, выдан _____

_____, зарегистрированного(ую) по адресу: _____

по вопросам, связанным с получением медицинской помощи (медицинских услуг) в медицинском центре ООО «Альфскрин» (далее – медицинское учреждение), в том числе сопровождать и забирать моего ребенка из медицинского учреждения, принимать решения о методах лечения, подавать, подписывать и получать от моего имени все необходимые медицинские документы, справки, заявления, согласия, отказы и иные необходимые документы, подписывать договоры на оказание платных медицинских услуг с медицинским учреждением, оплачивать за меня все необходимые медицинские услуги, получать полную и достоверную информацию о состоянии здоровья моего ребенка, выполнять иные действия, связанные с осуществлением полномочий по настоящей доверенности.

Подпись доверителя _____ / _____ /

(подпись)

ФИО (полностью)