





 **Доверенность**

Я,

ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего

Паспорт (серия)\_ (номер),

доверяю

(кем выдан, дата выдачи)

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

Паспорт (серия)

\_номер

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «МиПоль»

 по поводу лечения/обследования моего ребенка

(ФИО ребенка)

Свидетельство о рождении: (серия)\_ номер

в частности:

(кем выдан, дата выдачи)

 - 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