

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_,

ДОВЕРЯЮ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ФИО полностью), паспорт серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем

выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопроводять моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью, дата рождения)

в лечебные учреждения г. \_\_\_\_\_, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка

- получать справки, выписки, рецепты и иные документы

- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств

- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата