

**Доверенность на представление интересов ребенка в медицинской организации**

г. Иркутск «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Настоящей доверенностью я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года

(фамилия, имя, отчество)

(число, месяц, год)

рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

(серия паспорта)

(номер паспорта)

(число, месяц, год, наименование органа)

\_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_ зарегистрированный(ая) по адресу:

(значение)

\_\_\_\_\_, уполномочиваю \_\_\_\_\_

(указать адрес по месту регистрации)

\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_

(серия паспорта)

№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_

(номер паспорта)

(число, месяц, год, наименование органа)

\_\_\_\_\_ зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

(значение)

(указать адрес по месту регистрации)

представлять интересы моего (моих) несовершеннолетнего(их) ребенка (детей) \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ года рождения во всех медицинских организациях, с применением прав,

предусмотренных п. 5 ст. 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны

здоровья граждан в Российской Федерации", в частности: права выбора медицинской организации и

врача, права подписания информационного добровольного согласия и договора на оказание

медицинских услуг, права получения полной и достоверной информации о состоянии здоровья ребенка

(детей) как на приеме врачей, так и с помощью оригиналов и копий медицинских документов и выписок

из них, права оплаты лечения ребенка с использованием моих либо собственных средств.

Доверенность выдана без права передоверия.

Доверенность выдана сроком на/до \_\_\_\_\_

(дата на/до)

ФИО, подпись \_\_\_\_\_

(ФИО и подпись)