

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я, _____
(Ф.И.О.)

_____ год. рожд., паспорт: серия, номер-

_____ дата выдачи " " _____ год., кем выдан

зарегистрирован(на) _____

факт. проживаю _____

ДОВЕРЯЮ _____ (Ф.И.О.)

паспорт: серия, номер- _____

дата выдачи " " _____ год, кем выдан _____

зарегистрированному(ной) _____

факт. проживающему(ей) _____

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка (Ф.И.О., дата рождения)

в **ООО "ХИЛТ" - м/ц "Ваш доктор"** а также:

-получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;

-получать справки, выписки 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 _____ (Ф.И.О) удостоверяю

Администратор _____ Ф.И.О _____ /подпись/

Дата