

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя
ребенка, не достигшего 15 лет

Санкт-Петербург

« _____ » _____ 20____ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт серии номер _____, выдан _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(указать статус – мать, отец, опекун, попечитель, усыновитель)

поручаю _____

(ФИО поверенного)

паспорт серии номер _____, выдан _____

зарегистрированный (ая) по адресу: _____

представлять интересы ребенка:

(ФИО ребенка)

_____ года рождения, Свидетельство о рождении:

Серия _____ № _____ выдано _____

в связи с получением ребенком медицинской помощи в СПб ГБУЗ «Детская городская больница № 2 святой Марии Магдалины», в частности:

1. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства. (ч. 2 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").
2. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
3. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее. (ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ удостоверяю.

ФИО доверителя _____

(полностью прописью)

Подпись доверителя: _____