**ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в медицинских организациях**

г. Челябинск « » 20\_\_ год

Я (доверитель, ФИО) ,

паспорт серии , номер , выдан , зарегистрированная (ый) по адресу , поручаю (ФИО поверенного) , паспорт серии , номер , выдан , зарегистрирована (ан) по адресу , представлять мои интересы моего ребенка (ФИО), года рождения, свидетельство о рождении , выдано года, в ООО «ДСП» по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей,
6. Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ без права передоверия.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: . Подпись доверителя:

Подпись поверенного подтверждаю .