ДОВЕРЕННОСТЬ ОТ ИМЕНИ РОДИТЕЛЯ НА ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО-СОПРОВОЖДАЮЩЕГО

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 14 лет, в медицинских организациях

г. Самара «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт

серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрированная (ный) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, поручаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт

серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрирована (ан) по адресу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в медицинских организациях любых форм собственности 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, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год без права передоверия.

Подпись поверенного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Фамилия, имя отчество доверителя полностью:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Уважаемые родители!

Во исполнение статьи 26 Гражданского кодекса РФ, просим вас подписать настоящее согласие. Обращаем ваше внимание на то, что, несмотря на возможность ребенка с 14 лет самостоятельно подписать договор на оказание стоматологических услуг, он в большинстве случаев не может самостоятельно оценить необходимость тех или иных мероприятий в отношении его здоровья, не всегда может дать достоверную информацию о собственном здоровье, наличии заболеваний, которые могут оказать влияние на результат лечения. Поэтому на первичный прием мы советуем приходить вместе с ребенком»