**ДОВЕРЕННОСТЬ**

на право представлять интересы несовершеннолетнего ребенка

в медицинском учреждении

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Московская область, Истринский район, г. Истра, ул. Маяковского, д. 21.

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

(фио, дата рождения, паспорт)

являясь матерью (отцом), усыновителем, опекуном, попечителем несовершеннолетнего ребенка (детей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фио, дата рождения, свидетельство о рождении, паспорт)

на основании ФЗ №323 от 21.11.2011 г.; ст. 163, 185, 186 ГК РФ

поручаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(степень родства, Ф.И.О., дата рождения, паспорт)

представлять интересы моего ребенка в Медцентре Парацельс по всем вопросам, связанным с состоянием его здоровья.

Для выполнения функций я доверяю вышеуказанным лицам:

1. подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг;
2. получать информацию о здоровье ребенка (детей) как в устной форме (консультации), так и в виде выписок из медицинской документации;
3. подписывать добровольные информированные согласия на медицинские манипуляции (вмешательства), а также отказы от медицинских манипуляций (вмешательств);
4. принимать все решения относительно здоровья ребенка (детей);
5. оплачивать лечение из собственных средств или средств законного представителя.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы другим лицам.

Доверенность действительна по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Законный представитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись с расшифровкой

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись с расшифровкой