

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица в медицинском учреждении ООО «Центральная стоматология»

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

г. Челябинск

Я, \_\_\_\_\_  
Паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по  
адресу \_\_\_\_\_

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения  
Настоящей доверенностью уполномочиваю гр. \_\_\_\_\_  
Паспорт серии № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, проживающего(ую) по адресу \_\_\_\_\_

Представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по следующим вопросам, связанным с получением услуг в клинике ООО «Центральная стоматология» (*укажите галочками слева*):

- выбирать лечащего врача;
- заключать, изменять и расторгать договоры на оказание медицинских услуг моего несовершеннолетнего ребенка;
- предоставлять и получать любую информацию относительно состояния здоровья моего несовершеннолетнего ребенка;
- получать справки, выписки из медицинской документации, рецепты и иные документы, касающиеся здоровья моего несовершеннолетнего ребенка;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств моего несовершеннолетнего ребенка;
- подписывать все виды добровольных информированных согласий на медицинские вмешательства и отказ от медицинских вмешательств моего несовершеннолетнего ребенка;
- обращаться от моего имени за разъяснениями, с заявлениями и жалобами по вопросам оказания медицинской помощи моему ребенку.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность поверенного (паспорт) и свидетельства о рождении ребенка.

\_\_\_\_\_  
(подпись законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Личность законного представителя удостоверил администратор ООО «Центральная стоматология».