

ДОВЕРЕННОСТЬ № _____

На представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет
в ФГБУ НМИЦИБ ФМБА России

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Я, _____

Паспорт серии _____ номер _____, выдан _____

Зарегистрированная(ный) по адресу: _____

Поручаю _____

Паспорт серии _____ номер _____, выдан _____

Зарегистрирована(ан) по адресу: _____

представлять интересы моего ребенка, _____ года

рождения, свидетельство _____ о рождении

_____, _____ выдано

_____ года, в Федеральном государственном бюджетном

учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр инфекционных болезней
Федерального медико-биологического агентства» по поводу получения моим ребенком
медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг;
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка;
3. Подписывать добровольные информированные согласия на медицинские манипуляции (вмешательства), а также отказы от медицинских манипуляций (вмешательств);
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств;
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка как в устной форме, так и в письменной (копии, выписки из медицинской документации, справки, направления, заключения). Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись поверенного _____ подтверждаю _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя _____