

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представительство интересов несовершеннолетнего гражданина

Я, _____
(ФИО родителя, законного представителя)
паспорт серии _____ № _____, выдан (кем выдан, дата выдачи)

_____ (указать кем выдан)

зарегистрированный _____ (-ая) _____ по _____ адресу:

_____ (адрес полностью)

_____ телефон _____

действую за своего малолетнего (недееспособного) ребёнка _____

_____ (ФИО полностью, дата рождения)

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

_____ (ФИО няни, бабушки, дедушки, тети, дяди и пр.)

паспорт серии _____ № _____, выдан (кем выдан, дата выдачи)

_____ (указать кем выдан)

зарегистрированный _____ (-ая) _____ по _____ адресу:

_____ (адрес полностью)

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы во взаимоотношениях с медицинским учреждением: СПб ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника №3», расположенного по адресу: г. Санкт-Петербург, Брюсовская улица, д. 2, лит. А

по всем вопросам, связанным с медицинским вмешательством, в частности:

- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребёнку;
- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств
- оплачивать лечение из моих средств
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копии медицинской документации и выписок из нее.

Я, доверитель, принимаю на себя всю полноту ответственности за действия и решения, принятые доверенным, связанные с исполнением данного поручения.

Доверенность действительна до _____ без права передоверия

_____ (срок действия доверенности)

Подпись родителя / законного представителя _____ /

Подпись доверенного лица _____ / _____ /

Дата _____