



ДОВЕРЕННОСТЬ

Город: Москва

Дата: « _____ » _____ года

Я, (Ф.И.О.) _____, _____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____ дата выдачи _____, код подразделения _____, зарегистрированный по адресу: _____

именуемый в дальнейшем «Доверитель», являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка (Ф.И.О.) _____, _____ года рождения, (далее – ребенок) свидетельство о рождении _____

настоящей доверенностью уполномочиваю:

(Ф.И.О.) _____, _____ года рождения, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____ дата выдачи _____, код подразделения _____, зарегистрированный по адресу: _____

именуемый в дальнейшем «Поверенный», сопровождать моего ребенка в медицинское учреждение Акционерное общество «Детская поликлиника Литфонда» ИНН727196430 (далее – поликлиника) по вопросу оказания медицинской помощи (медицинских услуг) и представлять его интересы в поликлинике, для чего предоставляется право:

- обращаться за получением любых медицинских услуг, не противоречащих медицинским стандартам и медицинским показаниям;
- подписывать от моего имени программы медицинского обслуживания на оказание медицинских услуг ребенку;
- принимать все решения по вопросу получения медицинской помощи моим ребенком, в том числе подписывать от моего имени все виды информированных добровольных согласий на медицинские вмешательства;
- принимать решения по поводу отказа от получения медицинских услуг или потребовать их прекращения, в том числе подписывать от моего имени отказ от подписания информированного добровольного согласия на медицинские вмешательства;
- получать любую информацию о состоянии здоровья ребенка, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;
- оплачивать оказываемые ребенку медицинские услуги;
- получать медицинские справки, медицинские заключения, выписки из медицинской карты, рентгеновские снимки, результаты проб и анализов.

При этом Поверенный и Доверитель понимают и согласны, что никто из них не будет иметь претензий к поликлинике по поводу правильности выбора Поверенным вида, объема и стоимости медицинских услуг и все споры по этому поводу Поверенный и Доверитель будут решать между собой без привлечения поликлиники. В любом случае Доверитель вправе отозвать доверенность в любое время.

Срок действия доверенности составляет _____ года.

Доверенность выдана без права передоверия полномочий.

Подпись Поверенного _____ / _____ удостоверяю.
(подпись) (расшифровка)

Доверитель _____ / _____
(подпись) (расшифровка)