**ДОВЕРЕННОСТЬ
на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет, в медицинских организациях**

г. Санкт-Петербург « » 20\_\_ год

Я, , паспорт серии , номер , выдан , зарегистрированная (ый) по адресу , поручаю , паспорт серии , номер , выдан , зарегистрирована (ан) по адресу , представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка, , года рождения, свидетельство о рождении , выдано года, в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на без права передоверия.

Подпись поверенного подтверждаю . Фамилия, имя отчество доверителя полностью: . Подпись доверителя: .