**Доверенность**

Я,

(ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

доверяю

кем выдан, дата выдачи

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

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Блеск-Л»

по поводу лечения/обследования моего ребенка

(ФИО ребенка)

Свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (серия)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в частности:

(кем выдан, дата выдачи)

* подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку и все приложения к договору;
* принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств, планы обследования и лечения;
* оплачивать лечение ребенка;
* получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в устной форме, в

виде копий и выписок из медицинской документации.

- получать справки, финансовые документы, результаты обследования и лечения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ без права передоверия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Подпись

(родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

ФИО Подпись (доверенного лица)

Дата выдачи доверенности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_