

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов несовершеннолетнего гражданина

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

г.Саратов

Я, \_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

действуя за своего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка

*(Ф.И.О. ребенка полностью, дата рождения)*

свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдано \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_,

уполномочиваю настоящей доверенностью

*(Ф.И.О. доверенного лица полностью)*

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_,

выполнять полномочия законного представителя моего ребенка и представлять мои интересы  
во взаимоотношениях с медицинским учреждением \_\_\_\_\_

*(наименование медицинского учреждения полностью, полный адрес)*

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

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, отказы от медицинских вмешательств;
3. оплачивать лечение;
4. получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копий медицинской документации и выписок из нее.

Настоящая доверенность выдана без права передоверия сроком на \_\_\_\_\_.

Доверитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. родителя/законного представителя полностью)* *(подпись)*

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
*(Ф.И.О. доверенного лица полностью)* *(подпись)*

Заверено \_\_\_\_\_

М.П.