

**ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
(ОПЕКУНА, ПОПОЧИТЕЛЯ) РЕБЁНКА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

г.Балашиха

« ____ » _____ 20 г.

Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
_____ дата выдачи _____, код подразделения _____
зарегистрированный (ая) по адресу _____,
телефон _____
являющийся законным представителем (опекуном, попечителем) - _____
(здесь указать мать/отец)
ребенка _____, **дата рождения** _____,
(Ф.И.О. ребенка полностью)
что подтверждается _____
(полные реквизиты свидетельства о рождении ребенка или иного документа, удостоверяющего права доверителя)

и Я, _____,
паспорт серии _____, номер _____, выдан _____,
_____ дата выдачи _____, код подразделения _____
зарегистрированный (ая) по адресу _____,
телефон _____
являющийся законным представителем (опекуном, попечителем) - _____
(здесь указать мать/отец)
ребенка _____, **дата рождения** _____,
(Ф.И.О. ребенка полностью)
что подтверждается _____
(полные реквизиты свидетельства о рождении ребенка или иного документа, удостоверяющего права доверителя)

настоящей доверенностью уполномочиваю(-ем)
гражданина(ку) _____,
степень родства с ребенком _____ паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____
_____, код подразделения _____
дата выдачи _____, зарегистрирован(а) по адресу _____
_____, адрес фактического проживания _____
_____ тел. _____
представлять мои (наши) интересы в части сопровождения Ребенка _____

(Ф.И.О. и дата рождения ребенка, далее по тексту - Ребенок)

в подразделениях ООО "СЕМЕЙНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» (ОГРН 1135012010407, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 17.09.2019 № ЛО-50-01-011287 серия ЛО-50 0014574 выдана Министерством здравоохранения Московской области) по поводу получения ребенком медицинской помощи(услуг), а именно:

1. Заключать и подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг Ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья Ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства (до достижения ребенком 15 лет), подписывать согласия на проведение лечебно-диагностических и профилактических осмотров (приемов), подписывать согласия на обработку персональных данных Ребенка, представителя, законных представителей (опекунов, попечителей).

3. Принимать решение об отказе от медицинского вмешательства и подписывать соответствующие документы.
4. Оплачивать лечение из средств законных представителей (опекунов, попечителей) либо собственных средств.
5. Запрашивать и получать полную и достоверную информацию о здоровье Ребенка как на приеме у врача, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации (справок и медицинских карт по установленным формам, рекомендаций), запрашивать и получать результаты лабораторных исследований биологического материала.
6. Подписывать заявления, в том числе о передаче медицинских документов на электронную почту, о согласии на получение SMS-оповещений, обработку персональных данных представителя, законных представителей (опекунов, попечителей), Ребенка и т.д.
7. Осуществлять иные полномочия, необходимые для выполнения настоящего поручения.

Для осуществления полномочий по настоящей доверенности представитель полностью проинформирован(а) мною(нами) об особенностях здоровья и аллергических реакциях на медицинские препараты и процедуры у Ребенка, которые представитель обязан сообщить работникам ООО «СЕМЕЙНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» при заключении договора на оказание медицинских услуг и(или) оформлении документов, необходимых для оказания медицинских услуг ребенку.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы третьим лицам.

Доверенность выдана сроком на _____ года без права передоверия.

Образец подписи поверенного _____ удостоверяю(-ем).

Дополнительно сообщаю(-ем) о хронических заболеваниях, аллергических реакциях и других особенностях здоровья Ребенка: _____.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью (отца ребенка):

Подпись доверителя: _____

Фамилия, имя, отчество доверителя (опекуна, попечителя) полностью:

Подпись доверителя (опекуна, попечителя) _____

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: _____