## ДОВЕРЕННОСТЬ

a			
ЯR		(фамилия, имя, отчест	neo)
	год рож.		номер
	(на)		
адрес проживани	я		,
ДОВЕРЯЮ			
	(фамилия, имя	отчество бабушки, дедуи	шки, иного родственника)
паспорт серия _	номер	дата выдачи «»_	г. кем
выдан:			,
фактически прох	кивающей (му)		,
		нолетнего ребенка	
1	•	•	(фамилия, имя, отчество,
		дата рождения)	
в многопрофилы	ную клинику «До	кторС», а также:	
- получать любун	о информацию о	гносительно состояния здо	рровья моего ребенка,
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы,			
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств,			
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства,			
- заключать дого	оворы, соглашени	- ия на оказание медицински	
момента ее под			нии документа удостоверяющего личность
(паспорт).			
Подпись доверит	геля		
Hunes Hosepin		(фамилия, имя, отчест	тво полностью)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_

## Уважаемые родители!!!!

- 1. В случае невозможности законных представителей (отец, мать, опекун, приемные родители) сопровождать своего ребенка в клинику, представлять его интересы при оказании ему медицинской помощи (ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ») может быть оформлена доверенность на родственника, сопровождающего ребенка.
- 2. В соответствии с действующим законодательством данная доверенность может быть заверена в нотариальном порядке либо написана собственноручно законным представителем ребенка.
- 3. При посещении клиники доверенное лицо должен(а) иметь при себе:
- подлинник доверенности;
- копию доверенности (предоставляется 1 раз при первом посещении)
- документ удостоверяющий личность (паспорт)

Копия доверенности прикладывается к истории развития ребенка, а подлинник доверенности предъявляется доверенным лицом каждый раз при посещении любого подразделения многопрофильной клиники "ДокторС"