

ДОВЕРЕННОСТЬ

«_____» _____ г.
город _____

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя) (дата рождения)
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г.
кем выдан: _____
зарегистрирован(а) по адресу: _____
фактическое место жительства: _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О. родственника) (дата рождения)
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г.
кем выдан: _____
зарегистрирован(а) по адресу: _____
фактическое место жительства: _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

_____ (Ф.И.О. ребенка) (дата рождения)

в ООО «Офтальмологический центр Карелии», а также:

- получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные медицинские документы;
- принимать решения по вопросам прохождения медицинских обследований и других медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства;
- подписывать договор на оказание платных медицинских услуг.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на _____ с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____
Дата _____