Д О В Е Р Е Н Н О С Т Ь

« _ »_____ 20_ г. г. Иркутск

Я, _____
(ФИО родителя/опекуна/попечителя полностью)
паспорт серии _____, номер _____, выдан_____
_____
зарегистрированный (ая) по адресу: _____
_____
УПОЛНОМОЧИВАЮ_____
(ФИО представителя полностью)
паспорт серии _____, номер _____, выдан
_____
_____
зарегистрированный (ая) по адресу: _____
представлять интересы моего ребенка: _____
(ФИО ребенка) _____
«_____» года рождения, свидетельство о рождении _____
_____
(серия, номер, когда и кем выдано)

СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРАВАМИ:

1. Заключать договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Предоставлять информацию, касающуюся здоровья моего ребенка (хронические и перенесенные заболевания, наличие аллергических реакций, особенности роста и развития ребенка, и иные сведения о здоровье, запрашиваемые лечащим врачом).
3. Принимать все решения, касающиеся здоровья моего ребенка, в том числе решения о выборе метода диагностики и/или лечения, и подписывать все виды добровольных информированных согласий на медицинские вмешательства, а также согласие на обработку персональных данных моего ребенка.
4. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
5. Оплачивать лечение из моих собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка.
7. Получать справки, выписки и копии медицинской документации, рецепты и иные медицинские документы, а также материальные ценности (линзы)

Доверенность выдана сроком на 1 (один) год без права передоверия.

_____ /_____/
подпись ФИО