

Доверенность (разовая)

Я, _____
(ФИО полностью - родителя/законного представителя)

Паспорт _____
(серия) _____ (номер) _____ (кем выдан, дата выдачи)

доверяю _____
(ФИО полностью - бабушки, дедушки, тети, дяди, няни и пр.)

Паспорт _____
(серия) _____ (номер) _____ (кем выдан, дата выдачи)

представлять мои интересы во взаимоотношениях с государственным бюджетным учреждением здравоохранения Московской области «Московская областная детская клиническая травматолого-ортопедическая больница (ГБУЗ МОДКТОБ) по поводу лечения моего ребенка:

_____ «___» _____ г.
(ФИО ребенка) (день, месяц и год рождения)

в частности (вычеркнуть не нужные):

- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей;
- получать копии медицинской документации и выписок из нее;
- получать рентгенограммы, результаты МРТ и КТ.

ФИО

Подпись (родителя/законного представителя)

ФИО

Подпись (доверенного лица)

«___» _____ 20 г.
Дата