

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 полностью ребенка) (день, месяц и год рождения)

В частности:

- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские осмотры, вмешательства, обработку персональной информации, отказы от медицинских вмешательств;
- подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку,
- оплачивать лечение из моих средств;
- получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде копии медицинской документации и выписок из нее, рентгенограмм.

ФИО

Подпись (родителя/законного представителя)

ФИО

Подпись (доверенного лица)

« ____ » _____ 20 г.
Дата