

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя несовершеннолетнего в ООО «Успех» (клиника «С Нуля»)

г. Оренбург		«»	_ 202 г.
Я,			
	(ФИО родителя/законного представителя)		
паспорт серия номер		выдан	Γ.
(наименовани	е органа, выдавшего документ, удостоверяю	ощий личность)	,
настоящей доверенностью уполномоч			
1)			
2)	(кого – ФИО полностью, дата рождения)		
3)	(кого – ФИО полностью дата рождения)		,
	(кого — ФТО полностью, дата рождения)		
представлять мои интересы в части со		, ,	
	(ФИО ребенка, дата рождения)		
	(ФИО ребенка, дата рождения)		,
	(ФИО ребенка, дата рождения)		
в ООО «Успех» (клиника «С Нуля») і	по поводу получения им мед	цицинских услуг, а именно:	
- сопровождать несовершеннолетнего			
- получать полную и достоверную и	нформацию о состоянии ег	о(их) здоровья, и иную инф	ормацию,
составляющую врачебную тайну; - оплачивать медицинские услуги, ока	азанные несовершеннолетне	ему(им) как за счет моих сред	іств. так и
за счет собственных;		(init) that su o for moint op of	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
- принимать решение о даче информир			
в рамках перечня, утв. приказом Мин	здравсоцразвития России от	г 23.04.2012 г. № 390н (до до	стижения
несовершеннолетним 15 лет);	OT MATHUMAKATA BMAMA		CHMICOD
- принимать решение об отказе предусмотренных действующим зако			
- запрашивать и получать результаты			
Доверенность выдана без права передоверия вышеу может быть отозвана путем подачи заявления в пис т.ч. выбора лиц, которым может передаваться ли доверенность прекращает свое действие при достиж	ьменном виде. В части полномочий на обая информация о состоянии здоро	а дачу информированного добровольно овья, ознакомления с медицинской до	го согласия, в
(подпись)		(ФИО полностью)	