

Приложение №4, к Приказу № 07 от 26.11.2020г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ООО «Клиника семейного здоровья»

_____ Фролова Е.В.

Доверенность

Я, _____
(ФИО родителя / законного представителя несовершеннолетнего)

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

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

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

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Клиника семейного здоровья» по поводу лечения/обследования моего ребенка:

_____ (ФИО ребёнка)

Свидетельство о рождении: _____

_____ (кем выдано, дата выдачи)

в частности: - подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку; - принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств; - оплачивать лечение из моих средств; - получать информацию о здоровье моего ребенка на приеме врачей, в виде оригиналов (копий) медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность действительна до: _____
(срок действия доверенности и дата)

_____ (подпись) _____ (ФИО родителя/законного представителя несовершеннолетнего)

«__» _____ 20__ г.
(дата оформления)