ДОВЕРЕННОСТЬ
на предоставление интересов несовершеннолетнего ребенка (пациента)
Медицинский центр «Целитель»
(ООО «Партнер-Инвест» , ООО «Элит-Инвест»)

г. Серпухов «____» _____20___ год

Я_____ (Ф.И.О. представителя),
паспорт _____,выдан_____,
_____

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка _____ (Ф.И.О. пациента), дата рождения: **«____»** _____ 20___г., зарегистрированного по адресу _____,

доверяю следующим гражданам РФ:

№	ФИО	Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)
1		
2		

представлять от моего имени права моего ребенка (пациента) в медицинском центре «Целитель» (ООО «Партнер-Инвест», ООО «Элит-Инвест»), предусмотренные законом Российской Федерации, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно:

- сопровождать моего ребенка на приемы к врачам, а также на иные медицинские процедуры и вмешательства, присутствовать при осмотре ребенка врачом на дому;
- получать информацию о состоянии здоровья ребенка, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи;
- право знакомиться со всеми касающимися здоровья ребенка медицинскими документами, получать их копии.

Я уведомлен(а) сотрудниками ООО «Партнер-Инвест», ООО «Элит-Инвест», что данная доверенность не обладает полной юридической силой до тех пор пока не будет оформлена в установленной законодательством нотариальной форме.
Я (законный представитель несовершеннолетнего ребенка) обязуюсь в течение 10 дней произвести оформление доверенности на вышеуказанных лиц в установленной законодательством нотариальной форме и передать ее в ООО «Партнер-Инвест», ООО «Элит-Инвест» Медицинский центр «Целитель».
Доверенность выдана сроком на 1 (один) год без права передоверия.

Подпись законного представителя: _____ / _____ /

Личность законного представителя на основании документа, удостоверяющего личность подтверждаем:

1. Врач/медицинский работник _____ / _____ /
   подпись ФИО, должность
2. Врач/медицинский работник _____ / _____ /