

{КомпанияНазвание}  
{КомпанияАдрес}  
Тел./факс: {КомпанияТелефон} e-mail: mail@kit-stom.ru  
ИНН/КПП 7604384828 / 760401001, ОГРН 1227600006875  
Лицензия № Л041-01132-76/00643627 от 14.03.2023г.

**Доверенность  
на представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинской организации**

г. Ярославль

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_  
проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

ПОРУЧАЮ:

Паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
*ФИО поверенного*

зарегистрирован (а) по адресу \_\_\_\_\_  
проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

Представлять интересы моего ребенка: \_\_\_\_\_  
*ФИО ребенка*  
\_\_\_\_\_ года рождения

реквизиты свидетельства о рождении/паспорт (с 14 лет) \_\_\_\_\_

выдано \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_  
*число, месяц, год* *кем выдано*

Представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинских услуг и медицинской помощи в {КомпанияНазвание}, находящейся по адресу: {КомпанияАдрес}, в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих, либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.
6. Нести ответственность о предоставляемой развернутой информации, касающейся здоровья несовершеннолетнего ребенка (сообщать об имеющихся аллергических реакциях, хронической патологии и других сведений, необходимых для оказания квалифицированного лечения).
7. Подписывать все необходимые документы.
8. Совершать иные законные действия, связанные с выполнением настоящей доверенности.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ без права передоверия.  
*срок прописью*

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись родителя \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**\*Уважаемый законный представитель!**

В случае невозможности законных представителей (отец, мать, опекун, попечитель) сопровождать своего ребенка в {КомпанияНазвание}, представлять его интересы при оказании ему медицинских услуг и медицинской помощи (Федеральный закон от 21.11.2021 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ») может быть оформлена доверенность на родственника, сопровождающего ребенка.

Образец доверенности для заполнения и подписания. приведен выше.