

ДОВЕРЕННОСТЬ

«_____» _____ г.

город _____

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя) (дата рождения)

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «_____» _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

фактическое место жительства: _____

ДОВЕРЯЮ

(Ф.И.О. родственника) (дата рождения)

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «_____» _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

фактическое место жительства: _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

(Ф.И.О. ребенка) (дата рождения)

в лечебные учреждения г. _____, а также:

- получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные медицинские документы;
- принимать решения по вопросам прохождения медицинских обследований и других медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя _____

Дата _____