ДОВЕРЕННОСТЬ

на сопровождение и представление интересов ребенка, не достигшего 15 лет (16 лет, если он болен наркоманией), в Медицинском центре ООО «Мед Гарант» (ИНН 5012046256)

«___»_____202___г.

Я,_____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

паспорт серии _____, номер _____, выдан (когда, кем, КП)_____

_____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

_____

проживающий (ая) по адресу: _____

_____,

действуя в интересах своего ребенка:_____

(фамилия, имя, отчество ребенка, а также дата рождения)

_____

Свидетельство о рождении (серия, номер, когда и кем выдано)_____

_____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

_____

проживающий (ая) по адресу: _____

_____,

ПОРУЧАЮ:

_____

(фамилия, имя отчество поверенного)

паспорт (серия, номер, когда и кем выдан, КП)_____

_____

зарегистрирован (а) по адресу: _____

_____

проживающий (ая) по адресу: _____

_____

Сопровождать моего ребенка в ООО «Мед Гарант» (ИНН 5012046256):_____

_____

(фамилия, имя, отчество ребенка)

быть представителем моего ребенка в ООО «Мед Гарант» (ИНН 5012046256) по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг, в частности:

1. оплачивать лечение из моих либо иных средств;
2. получать информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде оригиналов (либо копий) медицинской документации;
3. осуществлять необходимые действия в связи с несением ответственности за жизнь и здоровье моего ребенка.

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

Подпись поверенного _____/_____**подтверждаю**

(расшифровка)

Подпись доверителя _____/_____

(расшифровка)