

**ДОВЕРЕННОСТЬ на представление интересов несовершеннолетнего  
(не достигшего возраста 15 лет), в ООО «Да Винчи»**

Город Вологда

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/опекуна/усыновителя полностью)

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

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

тел. \_\_\_\_\_

в соответствии с ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

УПОЛНОМОЧИВАЮ \_\_\_\_\_  
(ФИО доверенного лица полностью)

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

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

тел. \_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка:

\_\_\_\_\_ (ФИО ребёнка полностью)

\_\_\_\_\_ года рождения,

свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

(серия, номер, когда и кем выдано)

\_\_\_\_\_ **в**  
стоматологическую клинику ООО «Да Винчи» - г. Вологда, ул. Челюскинцев, д. 23 / Южакова, д. 4

нужное подчеркнуть

СО СЛЕДУЮЩИМИ ПРАВАМИ:

1. Выбирать медицинскую организацию и лечащего врача.
2. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
3. Предоставлять полную информацию, касающуюся здоровья моего ребенка (хронические и перенесенные заболевания, наличие аллергических реакций, особенности роста и развития ребенка, и иные сведения о здоровье, запрашиваемые лечащим врачом).
4. Принимать все решения, касающиеся здоровья моего ребенка, в том числе решения о выборе метода диагностики и/или лечения, и подписывать все виды добровольных информированных согласий на медицинские вмешательства, рентггениягностику, седацию, обезболивание и т.п.
5. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
6. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
7. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка.
8. Получать справки, выписки и копии медицинской документации, рецепты и иные медицинские документы.
9. Обращаться от моего имени за разъяснениями, с заявлениями и жалобами по вопросам оказания медицинской помощи моему ребенку.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на \_\_\_\_\_  
до «\_\_» \_\_\_\_\_ года, действует с момента её подписания и действительна при предъявлении  
документа удостоверяющего личность (паспорт) Доверенного лица.

Доверитель: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*Фамилия, имя, отчество* *подпись*

Телефон : \_\_\_\_\_

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
*Фамилия, имя, отчество* *подпись*

Телефон : \_\_\_\_\_

Доверенность оформлена в моём присутствии, паспортные данные сверены:

Администратор ООО «Да Винчи» \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**При посещении ООО «Да Винчи» Доверенное лицо обязано иметь при себе паспорт. Настоящая Доверенность является юридическим документом и находится в медицинской документации ребёнка.**