

**ДОВЕРЕННОСТЬ на представление интересов несовершеннолетнего
(не достигшего возраста 15 лет), в ООО «Да Винчи 76»**

Город Ярославль

«__» _____ 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)

стоматологическую клинику ООО «Да Винчи 76» - г. Ярославль, ул. Лисицына, д. 56.

н у ж н о е п о д ч е р к н у т ь

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, рентгенодиагностику, 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 76» Доверенное лицо обязано иметь при себе паспорт. Настоящая Доверенность является юридическим документом и находится в медицинской документации ребёнка.