

## ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка,  
не достигшего 15 лет, в медицинском центре ООО «Никита и Ко» («Чудо Доктор»)

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_\_\_,  
поручаю \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрирована (ан) по адресу \_\_\_\_\_,  
представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка, \_\_\_\_\_  
(ФИО),

\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_\_\_,  
выдано «\_\_\_» 20\_\_ года, в ООО «Никита и Ко» (медицинский центр «Чудо  
Доктор») по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

- Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
- Получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка
- Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.
- Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
- Оплачивать лечение ребенка.
- 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.

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

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_.  
Фамилия, имя отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_