

**Доверенность на представительство интересов несовершеннолетнего
в медицинских организациях**

г. Магнитогорск

« ____ » _____ 20__ г.

Я, гражданин _____,
(ФИО. законного представителя несовершеннолетнего полностью)
_____ года рождения, паспорт: серия _____ N _____,
выдан _____ " ____ " _____ Г.,
код подразделения ____ - ____, зарегистрированный(ая) по адресу:

_____ ,
проживающий(ая) по адресу:

_____ ,
действующий(ая) в качестве законного представителя своего (ей)
несовершеннолетнего (ей) сына, дочери, подопечного (ой)
_____ ,
(ФИО. несовершеннолетнего полностью)
_____ года рождения,

Свидетельство о рождении (свидетельство об усыновлении)
серия _____ N _____, зарегистрированного(ой) по адресу:

_____ ,
проживающего(ей) по адресу: _____ ,
уполномочивает гражданина _____ ,

(ФИО доверенного лица)
_____ года рождения, паспорт: серия _____ номер _____ ,
выдан _____ « ____ » _____ Г., код
подразделения ____ - ____, зарегистрированного (ую) по адресу: _____ ,

_____ ,
проживающего(ую) по адресу: _____ ,
быть представителем Доверителя в медицинских организациях с соблюдением интересов
несовершеннолетнего _____ ,

- (ФИО несовершеннолетнего)
- для чего Доверенное лицо вправе:
- подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство,
 - принять решение и подписать отказ от медицинского вмешательства,
 - подписать договор на оказание платных медицинских услуг,
 - подписать акт оказанных услуг и уведомление
 - получать достоверную информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего
 - совершать все иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана до _____ без права передоверия.

Подпись _____ (ФИО доверенного лица) _____ (подпись) удостоверяю.

Доверенность подписана гр. _____ (ФИО. законного представителя несовершеннолетнего),
действующим, как законный представитель своего несовершеннолетнего сына (дочери,
подопечного) _____ ,
(ФИО несовершеннолетнего, дата и год рождения)

(подпись) / _____ (ФИО)