

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

Г.

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО) \_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

фактически проживаю \_\_\_\_\_,

ДОВЕРЯЮ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( ФИО), паспорт серия \_\_\_\_\_

номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г. кем

выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

фактически проживающей(му) \_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

в Поликлинику «Дубрава» г. \_\_\_\_\_

, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка

- получать справки, выписки, рецепты и иные документы

- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств

- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

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

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата