|  |  |
| --- | --- |
| **logo для вкладыша** | 197372, г.Санкт-Петербург, ул.Савушкина, д.№ 124,к. 1А, помещение 33-Н http://www.endoinfo.ru;e-mail:office@endoinfo.ru |

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет,**

 **в медицинских центрах ООО «Северо-Западный медицинский центр»**

г. Санкт-Петербург

г. Выборг « » 20\_\_\_\_ год

Я, ­­­­­­ \_\_\_,

 фамилия, имя, отчество полностью

паспорт \_\_\_

 серия, номер, кем выдан, код подразделения

 \_\_\_,

 зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_,

поручаю \_\_\_,

 фамилия, имя, отчество полностью

паспорт \_\_\_

 серия, номер, кем выдан, код подразделения

 \_\_\_,

зарегистрированная (ый) по адресу \_\_\_,

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка, \_\_\_

 \_\_\_,

 фамилия, имя, отчество полностью

 года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_, выдано года, \_\_\_

в медицинских центрах ООО «Северо-Западный медицинский центр» по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. 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 сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ без права передоверия.

Подпись поверенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, имя отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись доверителя:

Администратор центра \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись ФИО

 Печать центра