Доверенность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г. г. Петрозаводск

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО доверителя) паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(когда и кем), проживающая(ий) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

доверяю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО доверенного лица), паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (когда и кем), проживающая(ий) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО несовершеннолетнего), свидетельство о рождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано (когда и кем), при получении платных медицинских услуг в ООО «ЦЕНТР КОСТНО-СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ» и ООО «КМЦ»: с правом подписания договора об оказании платных медицинских услуг, осуществления оплаты медицинских услуг, с правом давать информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств и отказ от видов медицинских вмешательств, получать любую информацию о состоянии здоровья ребенка, право знакомиться со всеми касающимися его здоровья медицинскими документами, получать медицинские документы и их копии, право выбирать лиц, которым в его интересах может передаваться любая информация о состоянии его здоровья, право обращаться от его имени с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, а также представлять интересы ребенка по вопросам оказания ему медицинской помощи при посещении указанных медицинских учреждений.

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия полномочий.

Действие настоящей доверенности может быть прекращено досрочно путем подачи заявления на имя руководителей ООО «ЦЕНТР КОСТНО-СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИИ» и ООО «КМЦ» об отмене доверенности.

ФИО, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_