

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов законного представителя ребенка,
не достигшего 15 лет в медицинских организациях

«__» _____ 20__ года

Я, _____
(ФИО)

паспорт серии _____ номер _____, выдан «__» _____

зарегистрированный (ая) по адресу _____

поручаю _____
(ФИО)

паспорт серии _____ номер _____, выдан «__» _____

зарегистрированный (ая) по адресу _____

представлять мои интересы в ООО «МЦ «ГИППОКРАТ» при исполнении Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 20__ года (далее – Договор) и сопровождать ребенка _____
(ФИО)

_____ года рождения, свидетельство о рождении _____ выдано _____ при оказании медицинских услуг по Договору, осуществлять оплату по Договору, получать полную и достоверную информацию о здоровье ребенка на приеме врачей, а также в виде копий медицинской документации (выписок из медицинской карты).

Доверенность выдана сроком на один год без права передоверия.

Доверитель _____
(подпись) _____
(ФИО)