**ДОВЕРЕННОСТЬ**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Омск | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_г. |

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) ,дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г., код подразделения \_\_\_\_\_\_, зарегистрирован\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного(ную) по месту жительства по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О., дата рождения), (свидетельство о рождении: серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г) в медицинской организации ООО «Многопрофильный центр современной медицины «Евромед» в г. Омске по поводу оказания медицинских услуг, представлять его интересы, в частности:

получать все необходимые разъяснения и информацию о состоянии здоровья моего ребенка, в том числе в виде справок, протоколов приема врача, протоколов исследований, медицинской карты, рентгеновских снимков, результатов анализов и проб,

получать копии медицинских документов, рецепты на лекарства и иные документы, рентгеновские снимки,

подписывать договор об оказании медицинских услуг в отношении моего ребенка,

предоставлять полную информацию о состоянии здоровья ребенка, имеющую значение для правильного оказания медицинских услуг,

оплачивать медицинские услуги,

подписывать согласие на обработку персональных данных ребенка, иные документы,

принимать все решения, касающиеся здоровья моего ребенка, в том числе осуществлять выбор врача, принимать решение о выборе вида и способа медицинского вмешательства в отношении моего ребенка, методе профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации,

 давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказаться от медицинского вмешательства,

получать информацию, составляющую врачебную тайну в отношении моего ребенка,

совершать иные действия и формальности, связанные с настоящим поручением.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ без права передоверия полномочий иным лицам.

Доверенность действует в течение вышеуказанного срока, но не позднее даты достижения моим ребенком совершеннолетия.

* Подпись доверителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/
 (расшифровка подписи)