

## ДОВЕРЕННОСТЬ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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, данные свидетельства/паспорта) в лечебное учреждение ГБУЗ ККДБ (683024, город Петропавловск – Камчатский, улица Орджоникидзе, дом 7), 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 информационных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

Иные полномочия (при наличии) \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о ребенке (наличие аллергических реакций, медицинских противопоказаний):

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на один год с момента ее подписания и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность (паспорт)

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

Дата