

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ г.

г. Великий Новгород

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя) (дата рождения) паспорт серия _____ номер _____
дата выдачи « ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____
фактическое место жительства: _____

ДОВЕРЯЮ _____
(Ф.И.О. родственника) (дата рождения) паспорт серия _____
номер _____ дата выдачи « ____ » _____ г. кем
выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____
фактическое место жительства: _____

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка

(Ф.И.О. ребенка) (дата рождения) в ООО «Центр репродуктивного здоровья», а также:

- получать информацию о состоянии здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные медицинские документы;
- принимать решения по вопросам прохождения медицинских обследований и других медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

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

Подпись доверителя _____

Дата _____