

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов Потребителя/Пациента в медицинской организации

г. Владивосток

« ____ » _____ 202__ г.

Я, нижеподписавшийся(аяся) Доверитель (Пациент / Потребитель):

ФИО (полностью):

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

« ____ » _____ г., КП _____,

Адрес регистрации:

СНИЛС: _____ Телефон: +7 (_____) - _____

настоящей доверенностью уполномочиваю Поверенного (Представителя):

ФИО (полностью):

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

« ____ » _____ г., КП _____,

Адрес регистрации:

Телефон: +7 (_____) - _____

быть моим представителем в (нужное подчеркнуть) *ООО Медицинском Диагностическом Центре «Доктор ТАФИ»/ООО Медицинской Лаборатории «ТАФИ-Диагностика»* (всех филиалах, диагностических центрах и лабораторных пунктах сети), для чего предоставляю Поверенному следующие права:

Заключать, изменять, расторгать от моего имени договоры на оказание платных медицинских услуг (включая лабораторную и инструментальную диагностику).

Подписывать дополнительные соглашения, спецификации, сметы, акты оказанных услуг.

Оплачивать медицинские услуги, вносить авансовые платежи, оформлять возврат денежных средств.

Подписывать информированные добровольные согласия (ИДС) на медицинские вмешательства, а также отказы от медицинских вмешательств.

Давать от моего имени согласия на обработку персональных данных и на получение рекламно-информационных материалов.

В соответствии со ст. 13 и ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» получать любые сведения о состоянии моего здоровья, составляющие медицинскую тайну.

Получать на руки, на электронную почту или в мессенджеры результаты моих лабораторных исследований (анализов), протоколы диагностических обследований, амбулаторные карты, справки, выписки и иную медицинскую документацию.

Общаться с лечащими врачами, врачами-лаборантами и администрацией медицинского центра по всем вопросам моего обследования и лечения.

Зарегистрировать от моего имени Личный кабинет или профиль в Мобильном приложении Исполнителя, привязав его к своему или моему номеру телефона.

Иметь доступ к моей электронной медицинской карте, истории приемов и архиву анализов через цифровые сервисы Исполнителя.

Дистанционно согласовывать перечень медицинских услуг и подтверждать отправку моих данных в ЕГИСЗ для отображения на портале «Госуслуги».

Настоящая Доверенность выдана без права передоверия третьим лицам и действует до «___» _____ 202__ г.

Доверитель сохраняет за собой право отозвать настоящую доверенность в любой момент путем подачи личного письменного заявления в регистратуру медицинского центра.

Подпись Поверенного (Представителя)

удостоверяю: _____ / _____ /
(подпись Представителя) (расшифровка подписи)

Подпись Доверителя (Потребителя/Пациента): _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)