

ДОВЕРЕННОСТЬ
на сопровождение несовершеннолетнего ребенка и представление его интересов в
медицинской организации

г. Владивосток

« 202 г.

Я, нижеподписавшаяся(шийся) Мать/Отец (Законный представитель):

Паспорт: серия	номер	ФИО (полностью) выдан
----------------	-------	--------------------------

« _____ » г., КП

Адрес регистрации:

Телефон: +7 () _____,

на правах законного представителя, в соответствии со ст. 64 Семейного кодекса РФ, настоящей доверенностью уполномочиваю Поверенного (Сопровождающее лицо):

Родственная связь с ребенком (бабушка, дедушка, знакомый и др.):

Паспорт: серия	номер	выдан
----------------	-------	-------

« _____ » _____ г., КП _____

Адрес регистрации:

Телефон: +7 () ,

сопровождать в (нужное подчеркнуть) ООО Медицинском Диагностическом Центре «Доктор ТАФИ»/ООО Медицинской Лаборатории «ТАФИ-Диагностика» (всех филиалах, диагностических центрах и лабораторных пунктах сети) моего несовершеннолетнего ребенка:

Дата рождения: « » г. *ФИО ребёнка (полностью)*

Свидетельство о рождении (или паспорт):

серия _____ номер _____, выдан(о) _____

« » г. СНИЛС ребенка:

В рамках настоящей доверенности Поверенному предоставляются следующие права в (нужное подчеркнуть) ООО Медицинском Диагностическом Центре «Доктор ТАФИ»/ООО Медицинской Лаборатории «ТАФИ-Диагностика» (всех филиалах, диагностических центрах и лабораторных пунктах сети):

Сопровождать ребенка на приемы к врачам, диагностические процедуры (Рентген, УЗИ, МРТ, КТ) и сдачу лабораторных анализов.

Подписывать от моего имени Информированные добровольные согласия (ИДС) на медицинские вмешательства, а также отказы от них.

В соответствии со ст. 13 и ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ получать полную информацию о состоянии здоровья ребенка, результатах его обследований, диагнозе и тактике лечения. Получать на руки, на e-mail или в мессенджеры результаты лабораторных исследований (анализов) и иную медицинскую документацию ребенка.

Заключать от моего имени договоры на оказание платных медицинских услуг ребенку, подписывать акты, спецификации, вносить оплату за услуги и оформлять финансовые документы.

Давать согласие на обработку персональных данных ребенка, получение рекламно-информационных материалов, а также отслеживать готовность анализов ребенка через Мобильное приложение Исполнителя.

Я подтверждаю, что все действия, совершенные Поверенным в рамках настоящей доверенности, совершаются в интересах и с моего предварительного согласия.

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 (Сопровождающего лица)

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

Подпись Матери/Отца

(Законного представителя): _____ / _____ /
• (подпись) (расшифровка подписи)