

ДОВЕРЕННОСТЬ

« ____ » _____ г.

г. Ростов-на-Дону

Я, _____ (ФИО)

_____ г.р. паспорт серия _____ номер _____

дата выдачи « ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрирован(на) _____

фактически проживаю _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ (ФИО),

_____ г.р. паспорт серия _____ номер _____

дата выдачи « ____ » _____ г. кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ (ФИО, дата рождения)

_____ (серия/номер/дата выдачи

свидетельства о рождении ребенка)

в МБУЗ «Детская городская поликлиника №17 города Ростова-на-Дону», 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 информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию

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

Подпись доверителя _____ (ФИО расшифровка)