

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва

«___» _____ 20___ г.

Я, _____
паспорт серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу: _____

действующий (ая) в качестве законного представителя _____

доверяю гр. _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу: _____

осуществлять от моего имени все права пациента-несовершеннолетнего лица, предусмотренные Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» в связи с реализацией договора на предоставление медицинских услуг № _____ от _____, в том числе:

1. Право выбора медицинской организации, врача и плана лечения;
2. Право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства;
3. Право получать любую информацию о состоянии здоровья несовершеннолетнего лица;
4. Право знакомиться со всеми касающимися здоровья медицинскими документами, получать их копии;
5. Право оплачивать проведенное лечение

«___» _____ 20___ г.

Подпись _____

ФИО полностью