

ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Москва

« ___ » _____ 20__ г.

Я, _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу: _____

доверяю гр. _____

паспорт серия _____ № _____ выдан _____

проживающий (ая) по адресу: _____

осуществлять от моего имени все права пациента, 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 моего здоровья;
4. Право знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии;
5. Право оплачивать проведенное лечение

« ___ » _____ 20__ г.

Подпись _____

ФИО полностью