

Приложение № 2 к Правилам оказания  
медицинских услуг лицам в возрасте до 18 лет в  
ООО «Клиника Медлайн-Премьер»

Главному врачу ООО «Клиника Медлайн-  
Премьер»

Вивдыч Л.В.

От \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

**ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ ЗАКОННОГО  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ РЕБЕНКА, НЕ ДОСТИГШЕГО 15 ЛЕТ**

г. Благовещенск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/законного представителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
( дата выдачи)

Кем \_\_\_\_\_  
зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес полностью)

поручаю \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ года,  
Кем \_\_\_\_\_,  
Зарегистрированной(ому) по адресу: \_\_\_\_\_

представлять мои интересы в части сопровождения моего  
ребенка \_\_\_\_\_  
года рождения, свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

Выдано «\_\_» \_\_\_\_\_ года, \_\_\_\_\_ в ООО  
«Клиника Медлайн-Премьер», находящегося по адресу: г. Благовещенск, ул. Ленина, дом 130  
по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ без права передоверия.

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_.  
Фамилия, имя отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_