**ООО «Центр общей врачебной (семейной) практики «Фамилия»**

654041 г. Новокузнецк, Кемеровская обл, проезд Курбатова, д 1

 сайт www.familia42.ru телефон (3843) 200-535

ДОВЕРЕННОСТЬ

**Я**, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество родителя полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**действуя от лица моего несовершеннолетнего ребенка**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ребенка полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**настоящей доверенностью уполномочиваю**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**представлять интересы моего несовершеннолетнего ребенка по вопросам получения медицинских услуг в ООО «ЦОВП «Фамилия», а именно:**

|  |  |
| --- | --- |
| Полномочия: | Да (подпись) |
| сопровождать моего ребенка на медицинские процедуры и манипуляции |  |
| предоставлять информацию о состоянии здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические заболевания, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения) |  |
| получать информацию о состоянии здоровья ребенка и диагнозе, о результатах обследования, методах лечения, возможных вариантах медицинских вмешательств и их последствиях, о результатах лечения |  |
| принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств |  |
| подписывать договоры, все виды информированных согласий, совершать иные необходимые действия в качестве представителя при оказании медицинской помощи несовершеннолетнему |  |

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

Подпись доверителя (родителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемые родители,

вы можете оформить доверенность на сопровождающее лицо

В случае невозможности законных представителей (отец, мать, опекун, приемные родители) сопровождать своего ребенка в медицинскую организацию, представлять его интересы при оказании ему медицинской помощи (ФЗ №323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ») может быть оформлена доверенность на лицо, сопровождающего ребенка.

В соответствии с действующим законодательством данная доверенность должна быть написана собственноручно законным представителем ребенка.

При посещении ООО «ЦОВП «Фамилия» доверенное лицо должен(а) иметь при себе документ удостоверяющий личность (паспорт).

Первичное обращение в ООО «ЦОВП «Фамилия» за медицинскими услугами проводится только в сопровождении законных представителей ребёнка (отец, мать, опекун, приемные родители).

При повторном посещении ребенка может сопровождать доверенное лицо.

Бланк доверенности можно скачать на сайте и заполнить заранее.

Доверенности хранится в медицинской карте ребенка ООО «ЦОВП «Фамилия».

Образец доверенности можно скачать *здесь* для заполнения и подписания.