

ООО «Мирол»
Медицинский Центр Контроля Зрения OPTILENS
644070, г. Омск, ул. Лермонтова, 55
тел.: (3812) 34-24-56, med@optilens.ru, www.optilens.ru

ДОВЕРЕННОСТЬ
на предоставление интересов ребенка, не достигшего
18 лет, в медицинских организациях

Г. Омск _____ «__» _____ 202__ г.

Я, _____, _____ г.р.
(ФИО законного представителя полностью)

Паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____ «__» _____ 202__ г.
зарегистрированный (ая) по адресу _____
доверяю _____, _____ г.р.,
(ФИО доверенного лица полностью)

паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____, «__» _____ 202__ г.
зарегистрирован (а) по адресу _____
представлять интересы моего ребенка: _____
_____ года рождения,
(ФИО ребёнка полностью)

свидетельство о рождении № _____, выдано «__» _____ г.
кем выдано _____

представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в ООО «Мирол», в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку, дополнительные соглашения и акты выполненных работ.
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. Подписывать согласие либо отказ от обработки персональных данных.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме у врачей, так и в виде оригиналов и копий медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана на срок до наступления ребенком 18-ти лет либо на ____ год(а).
Доверенность выдана без права передоверия.

Подпись представителя удостоверяю: / _____ / _____
подпись кому доверяют _____ расшифровка подписи

Подпись доверителя: / _____ / _____
подпись кто доверяет _____ расшифровка подписи