

ДОВЕРЕННОСТЬ

«___» _____ г.

г. Екатеринбург

Я, _____ (Ф.И.О.) _____ г.р.
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем
выдан: _____
зарегистрирован(на) _____

_____ фактически прожи-
ваю _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О.),
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем выдан:

_____ зарегистрированной(ному) _____
_____ фактически прожи-
вающему _____

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____
_____ (Ф.И.О., дата рожде-

ния) в лечебные учреждения г. Екатеринбурга, а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ре-
бенка;

-получать справки, выписки, рецепты и иные документы;

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

Подпись доверителя _____ (Ф.И.О.)

Внимание!

Доверенность НЕ ДАЕТ ПРАВО подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию (основание: ФЗ №323 от 21.11.11г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ»; ст. 26 и 28 Гражданского кодекса РФ; ст. 64 и 123 Семейного кодекса РФ, приказ Министерства здравоохранения РФ №1051-н от 12.11.21г. «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства»).