

## Доверенность для приема несовершеннолетних

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью) \_\_\_\_\_ г.р.  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем  
выдан: \_\_\_\_\_  
зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
доверяю  
гр. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ФИО  
полностью), \_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата  
выдачи \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем  
выдан: \_\_\_\_\_  
зарегистрированной(ному) \_\_\_\_\_

быть представителем и сопровождать моего несовершеннолетнего  
ребенка \_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)  
в любых медицинских организациях и учреждениях (можно ограничить город, либо указать  
конкретную клинику), для чего предоставляю право получать и предоставлять любую  
информацию относительно состояния здоровья моего ребенка, получать справки, выписки,  
рецепты и иные документы, знакомиться с медицинской документацией, самостоятельно  
принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств,  
подписывать договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку, оплачивать  
лечение, подписывать все виды информированных добровольных согласий, в том числе на  
медицинские вмешательства и вакцинацию или отказ от них, согласие на обработку  
персональных данных и совершать иные необходимые действия в качестве представителя в  
процессе оказания медицинской помощи несовершеннолетнему.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на один год.

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (ФИО)

*Удостоверительная надпись нотариуса*

*Дата*