

ДОВЕРЕННОСТЬ

Я _____ (Ф.И.О.) _____ г.р.

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «__» _____ г.

кем выдан: _____

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

телефон _____

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О)

паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «__» _____ г. кем выдан:

зарегистрированной(ному) _____

фактически проживающей(му) _____

телефон _____

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ (Ф. И. О., дата рождения) в

КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр, г. Бийск» (Алтайский край, г. Бийск,

ул. Советская, 33), а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ребенка;
- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств;
- подписывать все виды информированных согласий, в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию.

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

Подпись _____ (Ф.И.О.) удостоверяю

Представитель КГБУЗ «Консультативно-диагностический центр, г. Бийск»

_____ (Ф. И. О.)

_____ (подпись)

Дата