

**Доверенность на представление интересов ребенка в медицинской организации**

Г. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Настоящей доверенностью я,

\_\_\_\_\_  
[фамилия, имя, отчество родителя]

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
дата выдачи, кем выдан

зарегистрированный(ая) по

адресу: \_\_\_\_\_,

**уполномочиваю**

1. [ФИО бабушки, дедушки, тети, няни и пр]

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
дата выдачи, кем выдан

зарегистрированный(ая) по

адресу: \_\_\_\_\_,

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ООО «Эзрамед клиник», г. Омск, ул. Фрунзе 38- 3 этаж по поводу консультации специалиста/обследования/лечения/сдачи анализов моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(ФИО ребенка, дата рождения)

Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
номер, дата, кем выдан

*с применением прав, предусмотренных [п. 5 ст. 19](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", в частности:*

- подписывать от моего имени договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку;
- оплачивать медицинские услуги;
- получать информацию о здоровье моего ребенка как на приеме врачей, так и с помощью оригиналов (копий) медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность действительная в течение трех лет с даты ее выдачи.

Согласен на обработку моих персональных данных, указанных в настоящей доверенности для достижения цели, указанной в настоящей доверенности.

\_\_\_\_\_  
ФИО, подпись родителя

Доверенность удостоверяю ООО «Эзрамед Клиник»

\_\_\_\_\_  
ФИО, подпись администратора