

**ДОВЕРЕННОСТЬ**  
**на представление интересов несовершеннолетнего (недееспособного) лица**  
**в медицинском учреждении**

Дата выдачи: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Место выдачи: г. Санкт-Петербург, ООО «Меди Проф» (СМ-Клиника)

Я, гр. \_\_\_\_\_

Паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_

Действуя за своего малолетнего (недееспособного) ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения

Настоящей \_\_\_\_\_ доверенностью \_\_\_\_\_ уполномочиваю \_\_\_\_\_ гр.

Паспорт \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, проживающего (ую) по адресу \_\_\_\_\_

—

представлять интересы моего малолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в клинике ООО «Меди Проф» (СМ-Клиника), в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, представлять полную информацию, касающуюся здоровья ребенка (аллергические реакции, индивидуальные особенности организма, хронические патологии, иные сведения, имеющие значение для правильного лечения), подписывать договор на оказание медицинских услуг, анкеты о состоянии здоровья, информированные добровольные согласия, добровольный отказ от лечения, иные юридические и медицинские документы, принимать решение о том или ином методе лечения, если они являются альтернативными, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность выдана на \_\_\_\_\_ без права передоверия.

Подпись родителя \_\_\_\_\_

Личность родителя удостоверил администратор ООО «Меди Проф»

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_