

## ДОВЕРЕННОСТЬ

г. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023 г.

Я, \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_,  
номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_ являющийся законным представителем (опекуном,  
попечителем) - \_\_\_\_\_ ребенка \_\_\_\_\_, дата рождения  
\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. ребенка полностью) что подтверждается \_\_\_\_\_

*(полные реквизиты свидетельства о рождении ребенка или иного документа, удостоверяющего права доверителя)*

**настоящей доверенностью уполномочиваю**

гражданина(ку) \_\_\_\_\_,  
паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

**представлять мои интересы в части сопровождения Ребенка**

(Ф.И.О. и дата рождения ребенка, далее по тексту - Ребенок)

в Федеральном государственном бюджетном учреждении санаторий «Юность» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ОГРН 1022302836654, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-23-01-004796 от 30.07.2019 г. выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения) (далее – ФГБУ санаторий «Юность» Минздрава России), в том числе в медицинских организациях любых форм собственности, по поводу получения ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Заключать и подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг Ребенку, в том числе договор на оказание санаторно-курортных услуг Ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья Ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства (до достижения ребенком 15 лет), подписывать согласия на обработку персональных данных Ребенка, представителя, законных представителей (опекунов, попечителей).
3. Принимать решение об отказе от медицинского вмешательства и подписывать соответствующие документы.
4. Оплачивать лечение из средств законных представителей (опекунов, попечителей) либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье Ребенка как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.
6. Осуществлять иные полномочия, необходимые для выполнения настоящего поручения.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ год(-а), без права передоверия.

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_