**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка**

**в ООО «КДЦ «Ультрамед»**

г. Омск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

( Ф.И.О. законного представителя ребенка)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая)

(кем выдан)

по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес регистрации)

поручаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(кем выдан)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(адрес регистрации)

представлять интересы законного представителя несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении (дата рождения полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия и номер документа) (дата выдачи) (кем выдано)

в ООО «КДЦ «Ультрамед» (ИНН 5504128136, ОГРН 1075504005323, адрес регистрации: РФ, 644024, г. Омск, ул. Красных Зорь угол ул. Чкалова, д. 19/12) для получения моим ребенком медицинской помощи, заключающейся в:

* выборе врача в ООО «КДЦ «Ультрамед», подписании договора на оказание платных медицинских услуг, даче информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство с правом подписи;
* принятии решений о виде и способе медицинского вмешательства, выборе метода профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации;
* получении полной информации о фактах обращения за медицинской помощью, любой информации о состоянии здоровья и медицинских диагнозах моего ребенка, а также иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении в целях установления медицинского диагноза, оказании медицинских услуг и их оплаты, сведений о фактах обращения за психиатрической помощью, состояния психического здоровья, ознакомлении со всеми медицинскими документами, касающихся здоровья несовершеннолетнего, получении их копий, выписок, выбора лиц, которым может передаваться информация о состоянии его здоровья, представлении интересов по вопросам оказания медицинской помощи в ООО «КДЦ «Ультрамед».

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

Подпись поверенного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_