

Доверенность
на представление интересов ребенка, не достигшего 18 лет, в ЦКМ «Очкофф»

г. Магнитогорск

« ____ » _____ 2026 г.

Мы, _____, _____ г.р.
(Ф.И.О. год рождения законного представителя полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
_____ « ____ » _____ г.,
зарегистрирован(а) по адресу _____,
и _____, _____ г.р.
(Ф.И.О. год рождения законного представителя полностью)

паспорт серии _____, номер _____, выдан _____
_____ « ____ » _____ г.,
зарегистрирован (а) по адресу _____,
доверяю _____ « ____ » _____,
(ФИО, год рождения доверенного лица полностью)

паспорт серии _____, номер _____,
выдан _____ « ____ » _____ г.
зарегистрирован(а) по адресу _____

представлять интересы моего ребенка: _____
(ФИО ребёнка полностью)
_____ « ____ » _____ года рождения,

свидетельство о рождении № _____, выдано « ____ » _____ г.,
кем выдано _____

представлять мои интересы по поводу получения моим ребенком медицинской помощи и услуг в
ООО «Взгляд» (ЦКМ «Очкофф»), в частности:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку, дополнительные соглашения и акты выполненных работ.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Подписывать согласие либо отказ от обработки персональных данных.
5. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
6. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме у врачей, так и в виде оригиналов и копий медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана на срок до наступления ребенком 18-ти лет либо на _____ год(а).
Доверенность выдана без права передоверия.

Подпись представителя удостоверяю: / _____ /
подпись кому доверяют расшифровка подписи ФИО

Подпись доверителя: / _____ /
расшифровка подписи ФИО

Подпись доверителя: / _____ /
расшифровка подписи ФИО