**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на сопровождающего несовершеннолетнего ребенка**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата выдачи |  |
|  | (число, месяц, год) |

|  |  |
| --- | --- |
| Мы,  |  |
|  (фамилия, имя, отчество матери ребенка) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
|  (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| а так же |  |
|  (фамилия, имя, отчество отца ребенка) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
|  (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |
| настоящей доверенностью уполномочиваем: |

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество доверенного лица) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
| (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |
|  |

сопровождать нашего несовершеннолетнего сына/дочь:

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего) |
| дата рождения: |  |
| свидетельство о рождении № |  | выдано:  |  |

в медицинские учреждения Российской Федерации, с правом на предоставление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, получать медицинскую информацию, справки, выписки в отношении указанного несовершеннолетнего, оплачивать медицинские услуги, оказанные указанному несовершеннолетнему, а также представлять наши интересы в медицинских организациях всех форм собственности по вопросам сопровождения нашего несовершеннолетнего сына/дочери. Доверенность выдана без права передоверия полномочий другим лицам.

|  |  |
| --- | --- |
| Доверенность выдана на срок до: |  |
|  | (число, месяц, год) |
| Доверитель, мать ребенка |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |
| Доверитель, отец ребенка |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |
| Доверенное лицо |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |