



Уважаемые родители!

В медицинское учреждение ребенок должен приходиться в сопровождении законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна). Это требование Гражданского кодекса РФ.

Если ребенка сопровождает в клинику бабушка, дедушка, няня и пр., врач не имеет права принимать ребенка, независимо от предстоящих манипуляций (осмотр, лечение, прием), без доверенности от родителя.

Есть три способа для родителей оформить доверенность на сопровождающего:

- 1. Родитель оформляет доверенность в любой нотариальной конторе**
- 2. Родитель оформляет доверенность в клинике (понадобится паспорт родителя)**
- 3. Родитель скачивает и заполняет бланк доверенности. Указанный бланк предоставляется родителем в клинику лично, либо (при невозможности лично предоставить данный документ в Клинику, заверяет его у своего работодателя (либо в отделе кадров предприятия) и направляет в Клинику заказным письмом. Либо предоставляет посредством лица, сопровождающего ребенка в медицинскую организацию для проведения лечения.**

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

Дата выдачи: « _____ » _____ 202__ г.

Место выдачи: г. Тверь, Медицинская клиника KDLLAB расположена по адресу:

г. Тверь ул. Крылова д.21

Я, _____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

дата рождения: _____

паспорт РФ № _____ выдан: _____

(наименование органа, выдавшего паспорт)

дата выдачи: _____ код подразделения: _____

место жительства: _____

и я, _____

(фамилия, имя, отчество законного представителя)

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 (недееспособного) сына/дочь

(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего сына/дочери)

дата рождения: _____

свидетельство о рождении № _____ выдано: _____

и представлять интересы нашего несовершеннолетнего (недееспособного) ребенка по всем вопросам, связанным с получением медицинских услуг в клиниках ООО «ТверьЛаб», в том числе нести ответственность за действия ребенка в клинике, предоставлять 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 оно является альтернативными, выполнять иные действия и формальности, связанные с осуществлением полномочий по настоящей Доверенности.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись заявителя _____ / _____ /

Подпись заявителя _____ / _____ /

Личность родителя удостоверил администратор ООО «ТверьЛаб»

_____ / _____ /