

## ДОВЕРЕННОСТЬ

город Анапа

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,

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

доверяю гр. \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

осуществлять в отношении моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г.р., от  
моего имени все права Законного представителя, предусмотренные законодательством Российской Федерации, в частности, права выбора медицинской организации и врача, право принимать решение о выборе вида и способа медицинского вмешательства в отношении моего ребенка, право на выбор методов профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства, право получать любую информацию о состоянии здоровья моего ребенка, право знакомиться со всеми касающимися его здоровья медицинскими документами, получать их копии, право выбирать лиц, которым в интересах моего ребенка может передаваться любая информация о состоянии его здоровья, право обращаться от моего имени с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, а также представлять интересы моего ребенка по вопросам оказания ему медицинской помощи в ООО «Хирургический центр».

Подпись: \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ /

## ДОВЕРЕННОСТЬ

Город Анапа \_\_\_\_\_  
(дата прописью)

Я, \_\_\_\_\_,  
(гражданство, Ф.И.О. доверителя полностью)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта, дата выдачи, орган, выдавший паспорт)  
\_\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу:

\_\_\_\_\_

настоящей доверенностью уполномочиваю \_\_\_\_\_  
(гражданство, Ф.И.О. доверенного лица полностью)

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,  
паспорт: \_\_\_\_\_  
(серия, номер паспорта, дата выдачи, орган, выдавший паспорт)

\_\_\_\_\_

зарегистрированного (-ую) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

получить в Обществе с ограниченной ответственностью «Хирургический центр» (ООО «Хирургический центр») результат лабораторных исследований

\_\_\_\_\_

(название документа, исследования)

\_\_\_\_\_

расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением этого поручения.

Я даю свое согласие на то, что при получении вышеуказанной медицинской документации указанному доверенному лицу будут раскрыты сведения, составляющие врачебную тайну, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Никаких претензий к медицинской организации по поводу раскрытия вышеуказанных сведений я не имею.

Доверенность выдана для однократного получения результатов указанных лабораторных исследований.

Доверенность передается медицинскому работнику ООО «Хирургический центр» взамен на результаты лабораторных исследований.

Подпись доверенного лица \_\_\_\_\_ подтверждаю.

Доверитель: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество полностью, подпись)

*Примечание:*  
*Доверенное лицо получает результат лабораторных исследований при наличии документа, удостоверяющего личность (паспорт и др.) и настоящей доверенности.*  
*Доверенность передается медицинскому работнику ООО «Хирургический центр» взамен на результат лабораторных исследований*