ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов

одного из родителей (иного законного представителя) ребенка в Государственном учреждении здравоохранения Тульской области «Центр детской психоневрологии»

г. Тула	<u> </u>		20	_г.
Я,				
(Фамилия, имя отчество (при наличии), статус – мат	ь, отец, иной зако	нный пре	дставитель)	
паспорт серии, номер, н				
зарегистрированный(ая) по адресу				', ,
поручаю				
(Фамилия, имя, отчество (при	наличии) поверен	нного)		
паспорт серии, номер, в				
зарегистрирован (а) по адресу				'
представлять интересы ребенка				
представлять интересы реоенка (Фамилия, имя, отчеств	ю (при наличии))			
года рождения, свидетельство	о о рождении _			
(число/месяц/год)		(сери	ія, номер)	
выдано				
	(кем)			
в частности:		_		U
Представлять мои интересы по поводу получ помощи и услуг в Государственном учреждении «Центр детской психоневрологии», в том числе:	и здравоохране			
1. Принимать все решения относительно здор		бенка и	полписыва	ать
добровольное информированное согласие на ме на обработку персональных данных, иные необх	едицинские вме	ешательс	ства, соглас	сие
2. Подписывать от моего имени и принимать вмешательств.	-			
3. Получать полную и достоверную информаци	но о здоровье	моего ре	бенка, как	на
приеме врачей, так и в виде копии медиц медицинской документации и выписок из нее.	инской докум	ентации	, оригинал	ЮВ
Доверенность выдана сроком на один год без	права передон	верия.		
	подтверждаю _			
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) поверенного)		(подпис	ь поверенног	(o)
Фамилия, имя и отчество (при наличии) доверит	еля полностью			

Подпись доверителя