

## ДОВЕРЕННОСТЬ

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

г. Балашиха

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ г.р.  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. кем  
выдан: \_\_\_\_\_  
зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ фактически  
проживаю

### ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),  
паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. кем выдан:  
\_\_\_\_\_ заре­гист­ри­ро­ван­ной(но­му) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ фактически  
проживающему

сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., дата  
рождения) в лечебные учреждения ООО «Витаминка», а также:

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего  
ребенка;

-получать справки, выписки, рецепты и иные документы;

- принимать решения по вопросам медицинских обследований и медицинских  
вмешательств;

-подписывать все виды информированных согласий, в том числе на  
медицинские вмешательства и вакцинацию;

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий  
сроком на три года с момента ее подписания и действительна при предъявлении  
документа удостоверяющего личность (паспорт).

Подпись доверителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)