

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов пациента в ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону

г. Ростов-на-Дону

« » _____ 20__ г.

Настоящей доверенностью я, _____

_____, паспорт

(ФИО, дата рождения)

гражданина _____, серия: _____, номер _____,

(наименование государства)

выдан _____

(наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

уполномочиваю _____

(ФИО, дата рождения)

паспорт гражданина _____, серия: _____, номер _____,

(наименование государства)

выдан _____

(наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта)

зарегистрированный(ая) по адресу: _____

представлять мои интересы / интересы моего ребенка (***выбрать нужное при оформлении**) _____

(Ф.И.О. год рождения ребенка)

(далее – Пациент) в государственном бюджетном учреждении Ростовской области «Клинико-диагностический центр «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону, а именно: сопровождать **меня / моего ребенка*** при проведении консультативного приема врачами-специалистами, при выполнении диагностических исследований; знакомиться с медицинской документацией, запрашивать и получать **от моего имени / от имени моего ребенка*** сведения, составляющие врачебную тайну, в устной форме, в форме копий документов и оригинальных экземпляров документов в том случае, если это не противоречит требованиям законодательства Российской Федерации, при условии передачи оригинального экземпляра настоящей доверенности, а также предъявления документа, удостоверяющего личность гражданина; на основании письменного заявления при предъявлении документа, удостоверяющего личность и настоящей доверенности получать дубликаты, копии справок, медицинских заключений, оформленные **на мое имя / на имя моего ребенка***; заключать **от моего имени договоры об оказании платных медицинских услуг / потребителем услуг (пациентом) по которым является мой ребенок***; определять условия договоров об оказании платных медицинских услуг, заключаемых от моего имени; расторгать договоры об оказании платных медицинских услуг, заключенные от моего имени, путём подписания соглашений; производить от моего имени оплату по договорам об оказании платных медицинских услуг, в том числе в безналичной форме (банковской картой); получать от моего имени кассовые чеки и иные платёжные документы; принимать от моего имени оказанные медицинские услуги и подписывать документы о приёме оказанных медицинских услуг; получать и передавать от моего имени любые документы, связанные с исполнением договоров об оказании платных медицинских услуг; получать от моего имени причитающиеся мне денежные средства в случае расторжения договора об оказании платных медицинских услуг.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: _____

Подпись доверителя: _____

Доверенность оформлена (предоставлена доверителем) в присутствии медицинского регистратора ГБУ РО «КДЦ «Здоровье» в г. Ростове-на-Дону _____

Ф.И.О. мед. регистратора

подпись

ВНИМАНИЕ!

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него подписывается только лично дееспособным пациентом, достигшим возраста 15 лет, в случае, если пациент болен наркоманией — при достижении возраста 16 лет (за исключением случаев, установленных законодательством РФ), либо законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет (16 лет — для больных наркоманией).