

**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ  
«МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР УЗИ-ДИАГНОСТИКИ «МЕДАР»**

ЛИЦЕНЗИЯ № Л041-01021-66/00296465 от 23.12.2014 г.

ОГРН 1136685023364 ИНН\КПП 6685042514/668501001

Уральский банк ПАО «Сбербанк России»

БИК 046577674 кор./расчет.счет 30101 810 5 0000 00 00674 / 4070281031654004118

Юр./Факт.адрес: 624003, Свердловская область, Сысертский район,

город Арамилы, ул. 1 Мая, д.69, пом.6

Тел.: +7-343-328-18-38

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет, в  
медицинских организациях**

От «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_,

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_,

поручаю \_\_\_\_\_,

паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

зарегистрированный (ая) по адресу \_\_\_\_\_,

представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

свидетельство о рождении \_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_ в медицинских организациях любых форм собственности  
по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:

1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.
2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.
3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.
4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.
5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.

Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_ года без права передоверия.

Подпись поверенного \_\_\_\_\_ подтверждаю.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_.

ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»  
(наименование организации)

адрес: г. Арамиль, ул. 1 Мая, д.69, пом.6

телефон: +7-343-328-18-38,

адрес электронной почты: [medar777@mail.ru](mailto:medar777@mail.ru)

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. родителя)

адрес: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_,

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

### СОГЛАСИЕ на совершение сделки несовершеннолетним

Я, \_\_\_\_\_  
(паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_);

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_), являюсь законным представителем моего(ей)  
сына/дочери \_\_\_\_\_ (ФИО), паспорт  
серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_;

зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Свидетельство о рождении № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Настоящим я даю свое согласие на заключение договора оказания платных услуг/ договора оказания платных медицинских услуг между **ООО «Медицинский центр УЗИ-диагностики «МЕДАР»** и \_\_\_\_\_ (ФИО) в соответствии со ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Приложение:

1. Копия Свидетельства о рождении от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. N \_\_\_\_\_.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись родителя) / \_\_\_\_\_ /  
(Ф.И.О.)