



ДОБРЫЙ ДОКТОР

Общество с ограниченной ответственностью "Добрый доктор"
454016, г. Челябинск, ул. Университетская Набережная, 22в
+7 (351) 214-57-56
www.dobdocchel.ru

г. Челябинск

« ____ » _____ 20 ____ г.

Доверенность на предоставление интересов несовершеннолетнего

Я, _____,

« ____ » _____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина(ки) РФ
серии _____, № _____, выданный _____,

проживающий(ая) по адресу _____

законный представитель несовершеннолетнего _____

_____ « ____ » _____ года рождения, имеющего
свидетельство о рождении/паспорт серии _____ № _____,
выданный _____,

настоящей доверенностью уполномочиваю _____

_____, « ____ »
_____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина РФ
серии _____ № _____, выданный _____

_____, представлять интересы моего
сына/дочери _____

в ООО «Добрый доктор», в том числе:

- сопровождать несовершеннолетнего при посещении им медицинского центра «Добрый доктор», проведении консультаций, назначении ему лечения;
- знакомиться с медицинской документацией несовершеннолетнего, а также получать информацию о состоянии его здоровья, и иную информацию, составляющую врачебную тайну (о состоянии здоровья несовершеннолетнего, о результатах обследования, наличии заболевания и прогнозе лечения, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, результатах проведенного лечения и т.д.);

Доверенность выдана сроком до _____ г.

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____