

Главному врачу ООО «Ника Спринг МЕД»

Карауловской Елене Александровне

от _____

ДОВЕРЕННОСТЬ

«___» _____ г.

г. Нижний Новгород

Я, _____ (Ф.И.О.) _____ г.р.
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем
выдан: _____
зарегистрирован(на) _____
_____ фактически прожи-
ваю _____,

ДОВЕРЯЮ

_____ (Ф.И.О.),
паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи «___» _____ г. кем выдан:
_____ заре-
гистрированной(ному) _____ фактически прожи-
вающим _____
сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка _____
_____ (Ф.И.О., дата рожде-

ния) в центр современной офтальмологии ООО «НИКА СПРИНГ МЕД»

- получать любую информацию относительно состояния здоровья моего ре-
бенка;

-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 медицин-
ские 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.)