СПбГБУЗ «МВФД №1»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ЦЕНТР
СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

**Санкт-Петербургское бюджетное учреждение здравоохранения**
**«Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1»**
197022, Санкт-Петербург, Каменноостровский пр., д. 48
Тел.: 8 (812) 500-05-25, e-mail: info@mvfd1.ru сайт: www.mvfd1.ru

# ДОВЕРЕННОСТЬ
## на представление интересов ребенка

г. Санкт-Петербург « »_____ 20____год.

Настоящей доверенностью я, _____
Фамилия Имя Отчество родителя/опекуна (полностью)

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____,
дата выдачи, кем выдан

зарегистрированный (-ая) по адресу _____,

уполномочиваю_____,
Фамилия Имя Отчество уполномочиваемого (полностью)

паспорт серия _____, номер _____, выдан _____,
дата выдачи, кем выдан

зарегистрированный (-ая) по адресу _____,
представлять мои интересы во взаимоотношениях с СПб ГБУЗ «Межрайонный врачебно-физкультурный диспансер №1», г. Санкт-Петербург, пр. Каменноостровский, д. 48 по поводу получения медицинской помощи моим ребенком,

_____ « » _____ 20___ г.,
Фамилия Имя Отчество ребенка (полностью) дата рождения

свидетельство о рождении_____, выдано _____,
серия, номер дата выдачи, кем выдан

с применением прав и обязанностей, предусмотренных п. 5 ст. 19, ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. №152 ФЗ «О персональных данных», в частности:

1. Подписывать от моего имени информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг, договор на оказание платных медицинских услуг моему ребенку.

2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, согласие на обработку персональных данных.

3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.

4. Оплачивать медицинские услуги 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 « » _____ 20___ г. сроком на 10 дней без права передоверия.

Подпись уполномоченного _____подтверждаю _____
подпись представителя подпись родителя/опекуна

Согласен на обработку моих персональных данных, указанных в настоящей доверенности для достижения цели, указанной в настоящей доверенности.

_____ / _____
Фамилия И.О. родителя/опекуна подпись родителя/опекуна

Доверенность удостоверяю _____ / _____
Фамилия И.О. представителя подпись представителя