ООО «БЭЙБИ КЛИНИК»
ОГРН 1255800006230, ИНН 5800018091
Адрес: 440066, Россия, Пензенская область, г. Пенза,
пр-кт. Строителей, д. 3А, литера А1

ДОВЕРЕННОСТЬ
на сопровождение несовершеннолетнего Потребителя и представление интересов Заказчика

г. Пенза «____» _____ 20___ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)

_____
(дата рождения, место рождения)

_____
(документ, удостоверяющий личность: наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

_____
(адрес регистрации)

_____
(адрес фактического места жительства)

_____
(телефон, адрес электронной почты)

являясь родителем / усыновителем / опекуном / попечителем (необходимое подчеркнуть) несовершеннолетнего Потребителя (Пациента): _____

_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

_____
(документ, удостоверяющий личность: наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

на основании: _____
(наименование и реквизиты документа основания законного представительства)

_____

настоящей доверенностью уполномочиваю: _____

_____
(фамилия, имя, отчество представителя полностью)

_____
(дата рождения, место рождения)

_____
(документ, удостоверяющий личность: наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

_____
(адрес регистрации)

_____
(адрес фактического места жительства)

_____
(телефон, адрес электронной почты)

быть представителем Заказчика и сопровождать указанного несовершеннолетнего Потребителя в ООО «БЭЙБИ КЛИНИК», а также совершать от моего имени и в моих интересах действия, связанные с заключением и исполнением Договора на оказание платных медицинских услуг в пользу указанного несовершеннолетнего Потребителя, в том числе:

1. Сопровождать несовершеннолетнего Потребителя при посещении ООО «БЭЙБИ КЛИНИК», присутствовать при приеме, осмотре, консультации и медицинских вмешательствах, если такое присутствие не препятствует оказанию медицинской помощи, не нарушает требования безопасности, санитарно-эпидемиологические требования, правила асептики и антисептики, Правила внутреннего распорядка Исполнителя и не противоречит характеру медицинского вмешательства.

2. Заключать, изменять и расторгать от моего имени Договор на оказание платных медицинских услуг; подписывать Договор, Спецификации, твердые и приблизительные сметы, дополнительные соглашения, Акты оказанных платных медицинских услуг, заявления и иные документы, связанные с определением или изменением перечня, объема, срока предоставления, стоимости, срока и порядка оплаты платных медицинских услуг.

3. Согласовывать от моего имени перечень, объем, срок предоставления, стоимость, срок и порядок оплаты платных медицинских услуг, оплачивать услуги, вносить авансовые платежи, получать кассовые чеки, документы, подтверждающие оплату, документы, подтверждающие фактические расходы, а также иные договорные и расчетные документы.

4. Подавать и получать от моего имени заявления и документы, связанные с заключением и исполнением Договора, в том числе заявления о переносе или отмене приема, выдаче расчетных документов, выдаче документов для предоставления социального налогового вычета, возврате денежных средств; получать денежные средства, подлежащие возврату, в пределах и порядке, допускаемых законодательством Российской Федерации и условиями Договора.

5. Получать организационную информацию о записи, дате и времени приема, переносе или отмене приема, необходимости явки и подготовке к приему.

7. Предоставляю представителю право знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья несовершеннолетнего Потребителя, получать медицинские документы, их копии и выписки, результаты исследований, заключения врачей, направления, рецепты и иные медицинские документы — в случаях, пределах и порядке, допускаемых законодательством Российской Федерации.

8. Передавать Исполнителю оригиналы информированных добровольных согласий на медицинское вмешательство или отказов от медицинского вмешательства, предварительно оформленных и лично подписанных мной как законным представителем либо самим несовершеннолетним Потребителем — в случаях, когда он вправе оформить такие документы самостоятельно в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Настоящим даю ООО «БЭЙБИ КЛИНИК» согласие на предоставление представителю сведений, составляющих врачебную тайну в отношении указанного несовершеннолетнего Потребителя, включая сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе, результатах осмотра и обследования, плане лечения, проведенных медицинских вмешательствах, назначениях, рекомендациях, прогнозе и результатах лечения.

Настоящая доверенность и данное в ней согласие на предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, не наделяют представителя статусом и правами законного представителя несовершеннолетнего Потребителя.

Представитель не вправе самостоятельно давать, подписывать, изменять или отзывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства от имени несовершеннолетнего Потребителя либо от моего имени как его законного представителя. Представитель вправе только передать Исполнителю ранее оформленный и лично подписанный надлежащим лицом оригинал такого документа.

Передоверие полномочий по настоящей доверенности третьим лицам не допускается.

Настоящая доверенность выдана сроком до «__» _____20___ г. или до ее отмены мной в письменной форме.

Я вправе в любое время отменить настоящую доверенность путем письменного уведомления ООО «БЭЙБИ КЛИНИК» и представителя. Исполнитель вправе считать доверенность действующей до момента получения такого уведомления, если Исполнитель не знал и не должен был знать об ее отмене.

Приложение: копия документа, удостоверяющего личность законного представителя

Законный представитель / Заказчик _____ _____

(подпись) (фамилия, инициалы)