

**Областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина»
(сокращенное наименование - ОПТД)**

153000, Ивановская область, г. Иваново, ул. Крутицкая, д.27; тел./факс 93-77-65; ИНН
3702004019 КПП 370201001 ОГРН 1023700537937

Доверенность.

г. Иваново _____ 20__

Я, _____, _____ года рождения, проживающая/ий: _____, паспорт _____, выдан _____ г., настоящей _____ доверенностью уполномочиваю _____ года рождения, проживающего: _____, паспорт _____, _____, сопровождать моего ребенка _____, _____, года рождения и совместно находиться с ним в ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер имени М.Б. Стоюнина» при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях в течение всего периода обследования/лечения, с правом получать выписки, справки, копии медицинских документов, знакомиться с медицинскими документами ребенка, и выполнять все прочие действия, связанные с настоящим поручением.

Правом подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него, принимать решения по дальнейшему обследованию/лечению лицо, получившее настоящую доверенность не наделено.

Доверенность выдана сроком на _____ без права передоверия.

Подпись лица, получившего доверенность _____ удостоверяю.

подпись

расшифровка