**Доверенность на представление интересов несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 15 лет, опекаемого либо подопечного лица в медицинском учреждении**

**г. Новосибирск «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.**

Я, ,

***(Ф.И.О. родителя, усыновителя, опекуна, или попечителя несовершеннолетнего ребенка)***

года рождения, паспорт , выдан

, код подразделения,

**являясь законным представителем** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО, дата рождения ребенка, опекаемого, подопечного)*

Уполномочиваю:

1) ,

***(Ф.И.О. представителя несовершеннолетнего ребенка, опекаемого, подопечного по настоящей доверенности)***

года рождения, паспорт , выдан

, код подразделения ,

2) ,

***(Ф.И.О. представителя несовершеннолетнего ребенка, опекаемого, подопечного по настоящей доверенности)***

года рождения, паспорт , выдан

, код подразделения ,

3) ,

***(Ф.И.О. представителя несовершеннолетнего ребенка, опекаемого, подопечного по настоящей доверенности)***

года рождения, паспорт , выдан

, код подразделения ,

быть представителем (-ями) моего несовершеннолетнего ребенка\* в ООО ЦСМ «Здравица» (ОГРН 1145476127488), по любым вопросам, касающимся оказания ему медицинских услуг**, со всеми правами, какие предоставлены законом мне как законному представителю**, в том числе права на:

* принятие от моего имени любых и всех решений, касающихся лечения моего несовершеннолетнего ребенка, если мной не оговорены иные условия;
* ознакомление с любой документацией, в том числе с медицинской в полном объеме, получения оригиналов и копии любых документов;
* подписание от моего имени любых документов, необходимых для оказания моему несовершеннолетнему ребенку медицинских услуг, включая, но не ограничиваясь:
* договор на оказание платных медицинских услуг, дополнительные соглашения и приложения к договору, реестры оказанных услуг, а также любые иные документы, оформляемые в процессе исполнения заключенного договора;
* заявлений и согласия, в том числе с правом подписывать от моего имени любые информированные добровольные согласия на оказание моему несовершеннолетнему ребенку медицинских вмешательств, обследований и иных манипуляций, а также подписания отказов от их проведения;
* согласия на обработку (включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, в том числе посредством использования информационных систем) персональных данных моего несовершеннолетнего ребенка, в объеме, необходимом для надлежащего оформления требуемой документации и оказания ему медицинских услуг, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, физиологические, биологические характеристики, позволяющие идентифицировать личность лица (фотографии, отпечатки пальцев, снимки, слепки и пр.) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.
* ознакомление и подписание плана лечения и иных медицинских документов на имя моего несовершеннолетнего ребенка;

- сопровождение на приемах у врачей-специалистов, во время прохождения лабораторно- диагностических исследований и во время иных медицинских манипуляций;

* принятие решений по выбору метода лечения, предложенного врачом, по выбору применяемых для оказания медицинских услуг сопутствующих материалов и медикаментозных препаратов, в том числе анестетиков, предложенных врачом.

Кроме того, я разрешаю производить оплату оказываемых моему несовершеннолетнему ребенку медицинских услуг из моих личных средств.

**Я доверяю представителю и осознаю риск неполучения полной или достоверной информации о состоянии ребенка/опекаемого, и принимаю на себя все риски неисполнения или ненадлежащего исполнения выданных врачебных рекомендаций по причине ненадлежащего исполнения поручения доверенным лицом.**

**Я ознакомлен(а) с тем, что ООО ЦСМ «Здравица» не имеет возможности проверить статус настоящей доверенности и обязуюсь незамедлительно сообщать об отмене поручения по настоящей доверенности по следующим контактным данным:**

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В связи с оформлением доверенности в простой письменной форме, с целью обеспечения прав несовершеннолетнего ребенка и исключения рисков оформления доверенности не управомоченным лицом, я обязуюсь предоставить ООО ЦСМ «Здравица» копию документа, удостоверяющего мою личность и обеспечить наличие у представителя моего несовершеннолетнего ребенка документов, удостоверяющих личность моего ребенка, а также подтверждающих законность моих прав\*\***

**Я уведомлен, что при отсутствии указанных документов, а также при невозможности подтвердить личность представителя моего несовершеннолетнего ребенка, в приеме и оказании услуг будет отказано.**

Настоящая доверенность выдана на период:

С\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы (передоверены) другим лицам.

Доверитель

***(подпись) (расшифровка подписи)***

Настоящая доверенность удостоверена мной,

***(ФИО, должность сотрудника)***

Доверенность подписана гражданином в моем присутствии Дата: \*\*\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\* Здесь и далее по тесту доверенности категория представляемых включает несовершеннолетних детей в возрасте до 15 лет, а также лиц, находящихся под опекой.*

*\*\* Для несовершеннолетних, не достигших 14 лет – свидетельство о рождении (в необходимых случаях также документ об установлении опеки)*

*Для несовершеннолетних, достигших 14 лет – паспорт и свидетельство о рождении (в необходимых случаях документ, подтверждающий установление опеки)*

*\*\*\* Подлежит заполнению при оформлении доверенности законным представителем непосредственно в медицинском центре (при удостоверении доверенности работником центра, предъявление в последующем представителем несовершеннолетнего ребенка копии паспорта законного представителя не требуется)*