ДОВЕРЕННОСТЬ ОТ ИМЕНИ РОДИТЕЛЯ

НА ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО-СОПРОВОЖДАЮЩЕГО

Договоры, т.е. сделки от имени несовершеннолетних, не достигших 14 лет, могут заключать только их родители, усыновители или опекуны.

«Статья 28 Гражданского кодекса.

1. За несовершеннолетних, не достигших четырнадцати лет (малолетних), сделки, за исключением указанных в пункте 2 настоящей статьи, могут совершать от их имени только их родители, усыновители или опекуны.
2. Малолетние в возрасте от шести до четырнадцати лет вправе самостоятельно совершать:
3. мелкие бытовые сделки;
4. сделки, направленные на безвозмездное получение выгоды, не требующие нотариального удостоверения либо государственной регистрации;
5. сделки по распоряжению средствами, предоставленными законным представителем или с согласия последнего третьим лицом для определенной цели или для свободного распоряжения»

Соответственно договор на оказание платных медицинских услуг заключается с родителями, усыновителями, опекунами (при отсутствии родителей бабушка, другой родственник или вообще иное лицо может быть опекуном, но на это должен быть документ, выданный органом опеки и попечительства).

Родители на первичный прием обязательно приходят сами, подписывают договор, информсогласия, план лечения и т.п., а также на последующие посещения могут собственноручно написать доверенность по следующей форме в случае если ребенка в дальнейшем будет сопровождать бабушка/дедушка/тетя/дядя/брат/сестра и пр.

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Республика Татарстан

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действуя за своего малолетнего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р. настоящей доверенностью уполномочиваю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрированного(ую) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

представлять мои интересы и интересы моего ребенка по поводу получения моим ребенком медицинской помощи в клинике ООО «Эксклюзив-Дент», ООО «Эксклюзив-Дент К» (далее по тексту – «Клиника»).

Даю свое согласие на получение медицинской помощи моим несовершеннолетним ребенком в Клинике в сопровождении указанного доверенного лица и поручаю доверенному лицу:

- сопровождать моего ребенка в Клинику для получения медицинской помощи;

- подписывать от моего имени договор с Клиникой на оказание медицинской помощи моему ребенку, приложения к данному договору, дополнительные соглашения к договору, планы лечения, анкеты о состоянии здоровья, акты приемки услуг и иные документы, связанные с получением медицинской помощи, расписываться в медицинской документации;

- производить оплату медицинской помощи, оказываемой моему ребенку в Клинике, из моих, либо из собственных средств доверенного лица;

- получать в Клинике полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копий медицинской документации и выписок из нее, осуществлять ознакомление с медицинской документацией, получать справки и рецепты, а также иные необходимые документы;

- принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства, отказы от медицинских вмешательств;

Настоящая доверенность выдана без права передоверия на срок до «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201 \_\_ г. и действительна при предъявлении доверенным лицом документа удостоверяющего личность.

Подпись законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/