

ПАМЯТКА

Уважаемые родители!

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, законными представителями несовершеннолетних, являются их родители (усыновители, опекуны или попечители), которые выступают в защиту их прав и законных интересов в отношениях с любыми физическими и юридическими лицами.

Согласно ч. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, представлять интересы ребенка могут только его родители (усыновители, опекуны, попечители).

При оказании платных медицинских услуг, медицинские организации руководствуются действующими нормативно-правовыми актами Российской Федерации регулируемыми правовые взаимоотношения при оказании платных медицинских услуг, в том числе Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В соответствии с ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», иные лица, кроме родителей, не являясь законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 18-ти лет, как-то бабушки, дедушки, тёти, дяди, няни и т.п., не имеют право подписи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетнего. Если такой документ - информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отсутствует, то медицинская организация не имеет право оказывать платные медицинские услуги, в том числе: проводить приём, осмотр, лечение.

В то же время, право на сопровождение несовершеннолетнего в медицинскую организацию родители (усыновители, опекуны, попечители) могут делегировать иным лицам, как-то бабушки, дедушки, тёти, дяди, няни и т.п., составив письменную доверенность.

При этом, при оказании платных медицинских услуг, оформление письменной доверенности родителя (усыновителя, попечителя, опекуна) на сопровождение несовершеннолетнего в медицинскую организацию иными лицами, возможно только в рамках действующего Договора оказания платных медицинских услуг, заключенного с родителем(ями) (усыновителем(ями), попечителем(ями), опекуном(ами)) !!!

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации доверенность на сопровождение несовершеннолетнего в медицинское учреждение, может быть оформлена как в нотариальном порядке, так и подписана при личном обращении родителя (усыновителя, попечителя, опекуна) в медицинской организации (бесплатно).

Для удобства клиентов, специалистами ООО «Клиника Выздоровления» разработан бланк Доверенности на сопровождение несовершеннолетнего, который Вы можете получить у администратора или скачать на официальном сайте ООО «Клиника Выздоровления» в информационно-телекоммуникационной сети Интернет: <https://klinika-vyzdorovlenia.ru> .

**Доверенность
на сопровождение несовершеннолетнего в медицинской организации**

г. Абинск

« _____ » _____ 20 _____ г.

Настоящей доверенностью я, _____
[фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью родителя (усыновителя, опекуна, попечителя)]

паспорт серия _____ № _____, _____,
кем/когда выдан

зарегистрированный(ая)/ проживающий(ая) по адресу: _____

контактный номер телефона: +7 (_____) _____

уполномочиваю

_____ [ФИО (при наличии) полностью бабушки, дедушки, тети, дяди, няни и т.п.]
паспорт серия _____ № _____, _____,
кем/когда выдан

зарегистрированного(ую)/ проживающего(ую) по адресу: _____

контактный номер телефона: +7 (_____) _____

сопровождать в медицинской организации ООО «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060,
расположенной по адресу:

353320, Краснодарский край, Абинский р-он, г. Абинск, ул. Советов, д.21Б

353320, Краснодарский край, Абинский р-он, г. Абинск, ул. Советов, д.43Г

по поводу консультации специалиста/ обследования, моего несовершеннолетнего ребёнка:

_____ (ФИО (при наличии) ребенка полностью, дата рождения)
свидетельство о рождении _____

_____ номер, дата, кем/когда выдан

а также: получать информацию о состоянии здоровья моего ребёнка, получать справки, выписки, рецепты и иные медицинские документы в отношении моего ребёнка, представлять полную информацию, касающуюся здоровья моего ребёнка, нести ответственность за действия моего ребёнка в медицинской организации.

Давая настоящую доверенность на сопровождение моего несовершеннолетнего ребёнка, я подтверждаю, что я предоставил(а), указанному мною в настоящей доверенности лицу, достоверную информацию (сведения) о состоянии здоровья моего несовершеннолетнего ребёнка, в том числе: о наследственности, об аллергических реакциях, непереносимости лекарственных препаратов, индивидуальных особенностях организма, хронических патологиях, перенесённых операциях и заболеваниях, о принимаемых лекарственных препаратах и биологически активных добавках и иные сведения, имеющие значение для правильного назначения лечения/ обследования.

Доверенность выдана без права передоверия вышеуказанных полномочий с момента её подписания на весь период действия Договора оказания платных медицинских услуг от _____ № _____ **и действительна при предъявлении документа, удостоверяющего личность сопровождающего.**

Я согласен(на) на обработку персональных данных моих, моего несовершеннолетнего ребенка и уполномоченного лица, указанных в настоящей доверенности, для достижения цели указанной в настоящей доверенности.

_____/_____
подпись законного представителя/ ФИО (при наличии) полностью законного представителя

Доверенность удостоверил

_____/_____/_____
дата/ подпись/ ФИО (при наличии) полностью, должностного лица удостоверившего доверенность