

## СОГЛАСИЕ

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

\_\_\_\_\_   
 Наименование населенного пункта

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

\_\_\_\_\_ г.р паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

ДОВЕРЯЮ

\_\_\_\_\_ (ФИО полностью), паспорт серия

\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрированный(ному) \_\_\_\_\_

Сопроводять моего несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО, дата рождения)

в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, а также:

- получать справки, выписки, рецепты, и иные документы;
- оплачивать оказание медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, из средств законного представителя либо из собственных средств;

Согласие выдано без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента ее подписания и действительно при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Фамилия, имя, отчество доверителя полностью:

\_\_\_\_\_   
 День, месяц, год: \_\_\_\_\_

Подпись доверителя: \_\_\_\_\_