



ООО Лечебно-диагностический центр «Медицина» МО. г. Наро-Фоминск, Шибанкова 3. 8(496)344-12-03 www ldc-medicina.ru

Генеральному директору ООО ЛДЦ «МЕДИЦИНА»

Морякову А.В.

От _____

Паспорт _____

Заявление

Я, _____,
являясь законным представителем несовершеннолетнего
лица _____ и
действуя на основании

отказываюсь официально оформлять нотариально заверенную доверенность на передачу представления интересов моего несовершеннолетнего ребёнка третьим лицам и предоставить её сотрудникам ООО ЛДЦ "Медицина" для оформления документации в законодательно установленном порядке.

В связи с вышеизложенным, прошу администрацию ООО ЛДЦ "Медицина", приняв во внимание моё волеизъявление, оказывать медицинские услуги и оформлять медицинскую и не медицинскую документацию моему несовершеннолетнему ребёнку, на основании настоящего заявления, оформленного мной лично в присутствии сотрудника ООО ЛДЦ "Медицина".

Настоящим, доверяю сопровождение моего несовершеннолетнего ребёнка, оплату оказанных медицинских услуг, подписание необходимой документации, получение полной информации (устной и письменной) о состоянии его здоровья, диагнозов и результатов медицинских исследований третьим лицам:

1. (ФИО, паспорт)

2. (ФИО, паспорт)

3. (ФИО, паспорт)

При возникновении экстренной ситуации, связанной с жизнью и здоровьем моего ребёнка, прошу связываться со мной лично по указанному телефону: _____

Настоящий документ подписан мной лично, без принуждения в присутствии сотрудника ООО ЛДЦ Медицина.

Я предупрежден(а) о всех рисках связанным с данным принятым мной решением.

Дата _____

Подпись законного представителя несовершеннолетнего _____

Подпись сотрудника СИС ООО ЛДЦ «Медицина» _____