

**Доверенность  
на осуществление прав пациента**

г. Ростов-на-Дону

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ г.р. (ФИО), паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (паспортные данные доверителя) (когда и кем  
выдан) \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
проживающий (ая) по адресу г. \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_  
кв. \_\_\_\_\_ уполномочиваю

\_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ г.р.(ФИО) паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (паспортные  
данные доверенного лица) (когда и кем выдан)  
\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ проживающий(ая) по  
адресу г. \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_ д. \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_,  
осуществлять представительство прав и интересов от моего имени, предусмотренных  
Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья  
граждан в РФ», а именно:

право выбора медицинского учреждения и врача, право давать информированное добровольное согласие и отказываться от медицинского вмешательства, право получать любую информацию о состоянии моего здоровья, право знакомиться со всеми касающимися моего здоровья медицинскими документами, получать их копии, право обращаться от моего имени с жалобами и заявлениями к любым должностным лицам, а также представлять его интересы по вопросам оказания медицинской помощи во всех медицинских организациях, учреждениях здравоохранения.

Доверитель в любой момент вправе изменить или отменить доверенность в соответствии со статьёй 188 ГК РФ.

Доверенность вступает в силу с момента подписания, сроком действия на один год без права передоверия полномочий.

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
ФИО доверителя