

ДОВЕРЕННОСТЬ

на представление интересов пациента в ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России

г. Москва

«__» _____ 20 г.

Я, _____ (Ф.И.О. пациента полностью), «__» _____ г.р., паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ «__» _____ г.р., зарегистрированный(ая) по адресу: _____, СНИЛС _____, настоящей доверенностью уполномочиваю:

_____ (Ф.И.О. заказчика полностью), «__» _____ г.р., паспорт: серия _____ № _____, выдан _____ «__» _____ г., зарегистрированного (ую) по адресу: _____,

представлять мои интересы во взаимоотношениях с ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России по вопросам оказания мне платных медицинских услуг, для чего _____ (Ф.И.О. доверенного лица) предоставляются следующие полномочия:

Заключать и подписывать от моего имени договор (договоры) на оказание платных медицинских услуг, сметы, перечни оказания медицинских услуг, акт об оказанных медицинских услугах, а также иные документы, связанные с исполнением договора.

Оплачивать оказанные мне медицинские услуги из собственных или иных средств, подписывать документы, связанные с оплатой (квитанции, чеки, счета), а также получать возврат денежных средств в случае расторжения договора или ненадлежащего оказания услуг.

Давать согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая: Ф.И.О., пол, дату рождения, адрес, контактный телефон, данные документа, удостоверяющего личность, полиса ОМС/ДМС, СНИЛС, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг, а также подписывать согласие на передачу указанных данных третьим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Подписывать информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, включённые в Перечень, утверждённый приказом Минздрава России от 23.04.2012 № 390н, а также на иные виды медицинских вмешательств, предлагаемых ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России, с правом получения от медицинских работников полной информации о целях, методах, рисках и последствиях таких вмешательств.

Получать информацию о состоянии моего здоровья, результаты обследований и анализов, медицинские заключения, выписки из медицинской карты, копии медицинской документации, а также справки, рецепты и иные документы, выдаваемые ФГБУ «РНЦРР» Минздрава России.

Подавать заявления, жалобы и обращения от моего имени в связи с оказанием медицинских услуг, в том числе о выборе врача.

Совершать все иные действия, связанные с выполнением данного поручения.

Доверенность выдана **без права передоверия** сроком на **1 год**.

Подпись доверенного лица _____ удостоверяю.

Подпись пациента: _____ (подпись) / _____ / (Ф.И.О.)