**Заявление**

**на однократное сопровождение ребенка в медицинский центр**

**для получения медицинской документации, результатов анализов**

**или вызов врача ребенку на дом**

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Я, (ФИО законного представителя ребенка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован (-на) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**настоящим предоставляю доверенному лицу:**

(ФИО доверенного лица) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

паспорт \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирован (-на) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**полномочия на:**

□сопровождение моего ребенка, законным представителем которого я являюсь

□ сопровождение иного лица, законным представителем которого я являюсь

ФИО ребенка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения ребенка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Которому оказан прием специалистом медицинского центра в медицинском центре или на дому,

(ФИО и должность специалиста) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Поручаю:**

□ получение медицинских документов моего ребенка, законным представителем которого я являюсь

□ получение медицинских документов иного лица, законным представителем которого я являюсь

**Прошу выдать по настоящему заявлению:**

□- результаты лабораторных исследований от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г;

□- копию консультативных заключений за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г;

□- копию медицинской карты ребенка; □- выписку из медицинской карты ребенка, □- иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я уведомлен и согласен с тем, что прием у специалиста, выдача некоторых копий медицинских документов, выписок и т.д. является платной услугой, и гарантирую оплату моим доверенным лицом.

Полномочия по настоящей доверенности не могут быть переданы третьим лицам.

Настоящая доверенность выдана сроком на один месяц.

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г.