Форма доверенности от имени пациента на осуществление прав пациента

ДОВЕРЕННОСТЬ

город_____ « »_____201 .

Я,_____, проживающий (ая) по адресу:_____
доверяю гражданину
*ФИО*_____ паспорт
N

выдан_____ осуществлять от моего имени права пациента, предусмотренные Законом Российской Федерации от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в частности, 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 мои интересы по вопросам оказания мне медицинской помощи в любых медицинских и иных организациях и органах Российской Федерации, вести гражданские дела во всех судебных учреждениях со всеми правами, какие предоставлены законом истцу, ответчику, третьему лицу и потерпевшему, в том числе с правом окончания дела миром, признания или отказа полностью или частично от исковых требований, изменения предмета иска, обжалования решения суда, получения исполнительного листа.

Подпись: