

Приложение № 3  
к приказу № 48т 21.07.2021

**Утверждаю:**

Главный врач Центра  
пластической хирургии и  
косметологии «RIVER»

О.П. Ефремов



## Форма доверенности от имени пациента на осуществление прав пациента

### ДОВЕРЕННОСТЬ

г. Барнаул

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
года \_\_\_\_\_ рождения, \_\_\_\_\_ проживающий (ая) по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_ доверяю

гражданину

ФИО \_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

осуществлять от моего имени права пациента, предусмотренные законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 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.

Доверенность действительна до: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

/ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(Подпись)

(ФИО)