Приложение № 13

к Правилам оказания санаторно-курортных

и оздоровительных услуг

**Доверенность**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Место совершения, дата*

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО родителя, либо усыновителя, опекуна, попечителя)*

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(серия, номер)*

выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование выдавшего органа)*

дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

настоящей доверенностью уполномочиваю:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО лица, сопровождающего (лиц, сопровождающих) несовершеннолетнего ребенка, паспорт серия и номер, выдан когда и кем - (сведения указываются обо всех уполномоченных)*

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

…

сопровождать моего несовершеннолетнего *(мою несовершеннолетнюю)* сына *(дочь)* *(ФИО полностью, дата рождения, свидетельство о рождении серия №, дата выдачи)* (далее по тексту – «ребенок») по территории Российской Федерации в поездке любыми видами транспорта из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(город)* в г. Анапа в корпоративный центр оздоровления ООО «КЦО «СИБУР-Юг» и обратно из корпоративного центра оздоровления ООО «КЦО «СИБУР-Юг» в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(город)* в период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по *\_\_\_\_\_\_\_\_\_(даты)*,

быть представителем моего ребенка, принимать все необходимые решения о защите прав и законных интересов ребенка, обращаться в случае необходимости за медицинской помощью ребенку, подписывать разрешение на его медицинский осмотр, оказание ему медицинской помощи, согласие на медицинское вмешательство либо отказ от медицинского вмешательства в отношении ребенка, а также его госпитализацию либо отказ от его госпитализации, согласие на обработку персональных данных ребенка, сведений о ребенке, составляющих врачебную тайну, оплачивать за мой счет необходимые расходы, выполнять иные действия, необходимые при сопровождении моего ребенка в указанный период, для чего подавать, подписывать, истребовать, получать любые документы, связанные с осуществлением указанных выше полномочий, заверять копии документов.

Выезд за пределы Российской Федерации не предусматривается. Доверенность выдана сроком на\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(период действия доверенности)*, полномочия по настоящей доверенности не могут быть передоверены другим лицам.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(ФИО, подпись родителя либо усыновителя, опекуна, попечителя)*