



ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

**Форма доверенности от имени пациента
на осуществление прав пациента**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ИГМАПО
Профессор  Нипрах В.В.
«16» февраля 2017 года



**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 г. 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:



ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

**Форма доверенности от имени пациента
на осуществление прав пациента**

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор ИГМАПО

Профессор _____ Шпрах В.В.

« 16 » февраля 2017 года

**Форма доверенности от имени пациента
на осуществление прав пациента**

ДОВЕРЕННОСТЬ

город _____

« _____ » _____ 2017 .

Я, _____, 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.

Подпись: