*РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ТЕКСТ ДОВЕРЕННОСТИ*

Настоящей доверенностью я, *Фамилия Имя Отчество, дата рождения,* паспорт гражданина *наименование государства*, серии *ХХ ХХ* № *ХХХХХХ* выдан *наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта*, зарегистрированный(ая) по адресу: *адрес проживания*, уполномочиваю *Фамилия Имя Отчество, дата рождения,* паспорт гражданина *наименование государства*, серии *ХХ ХХ* № *ХХХХХХ* выдан *наименование органа выдавшего паспорт и дата выдачи паспорта*, зарегистрированного(ую) по адресу: *адрес проживания (*далее – Доверенное лицо):

заключать от моего имени с федеральным государственным бюджетным учреждением «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ИНН 7821006887; КПП 784301001) (далее – Исполнитель) договоры об оказание платных медицинских услуг, в том числе договоры, потребителем услуг (пациентом) по которым является Доверенное лицо; определять условия договоров об оказании платных медицинских услуг, заключаемых от моего имени с Исполнителем; вести от моего имени переговоры с представителями Исполнителя по вопросам заключения, изменения, расторжения и исполнения договоров об оказании платных медицинских услуг; изменять условия договоров об оказании платных медицинских услуг, заключенных от моего имени с Исполнителем, путём подписания дополнительных соглашений; расторгать договоры об оказании платных медицинских услуг, заключенные от моего имени с Исполнителем, путём подписания соглашений; производить от моего имени оплату по договорам об оказании платных медицинских услуг, в том числе в безналичной форме (банковской картой); получать от моего имени кассовые чеки и иные платёжные документы; принимать от моего имени оказанные медицинские услуги и подписывать документы о приёмке оказанных медицинских услуг; получать и передавать от моего имени любые документы, связанные с исполнением договоров об оказании платных медицинских услуг; получать от моего имени причитающиеся мне денежные средства в случае расторжения договора об оказании платных медицинских услуг.

Текст доверенности может быть дополнен иными положениями

ДОВЕРЕННОСТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДОЛЖНА БЫТЬ УДОСТОВЕРЕНА НОТАРИАЛЬНО