REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE

ÎMPUTERNICIRE

PENTRU MINOR ÎNSOȚIT DE UN SINGUR PĂRINTE

Subsemnatul _____

domiciliat în _____

legitimat cu CI Seria ____nr. _____, eliberată de _____, la data de ___/___/_____,

CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| în calitate de Părinte ("**Părintele**") al minorului

_____

născut la data de ___/___/_____, CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ("**Minorul**"),

Având în vedere:

1. Faptul că, în calitate de Părinte, doresc ca Minorul să beneficieze de serviciile medicale prestate de societățile ce funcționează sub denumirea comercială Rețeaua de Sănătate REGINA MARIA ("**REGINA MARIA**") respectiv (se va introduce denumirea intervenției chirurgicale / investigației / procedurii ce urmează a se efectua)

   _____;

2. Prevederile art. 483 alin. 1 din Noul Cod Civil, potrivit căruia: "Autoritatea părintească este ansamblul de drepturi și îndatoriri care privesc atât persoana, cât și bunurile copilului și aparțin în mod egal ambilor părinți";

3. Prevederile art. 483 alin. 1 din Noul Cod Civil, potrivit căruia „Ambii părinți răspund pentru creșterea copiilor lor minori";

4. Faptul că art. 503 alin. 1 din Noul Cod Civil prevede că părinții exercită împreună și în mod egal autoritatea părintească,

prin prezenta ÎMPUTERNICESC cu puteri depline pe _____

domiciliat în _____ legitimat cu CI Seria _____nr. _____,

eliberată de _____, la data de _____/_____/_____,

CNP |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, în calitate de părinte al Minorului ("**Împuternicitul**"), să însoțească Minorul în cazul vizitelor în cadrul policlinicilor și spitalelor ce funcționează sub denumirea comercială Rețeaua de Sănătate REGINA MARIA ("REGINA MARIA") în scopul efectuarii investigației / procedurii / intervenției chirurgicale (se va introduce denumirea intervenției chirurgicale / investigației / procedurii ce urmează a se efectua) _____

_____; în acest sens, Împuternicitul va avea dreptul de a mă reprezenta, pe mine și Minorul al cărui Părinte sunt, și de a semna orice consimțăminte medicale, acorduri de plată, etc., pentru ca Minorul să beneficieze de serviciile medicale oferite de REGINA MARIA, așa cum sunt nominalizate mai sus, după cum se impune și/sau este recomandat din punct de vedere medical.

Împuternicitul va avea autoritate deplină de a mă reprezenta pe mine și Minorul al carui părinte sunt în fața REGINA MARIA, de a semna orice documente ca reprezentant al Minorului, și de a îndeplini orice acte și/sau fapte în vederea ducerii la îndeplinire a prezentului mandat, toate documentele semnate și toate actele și faptele îndeplinite fiindu-mi pe deplin opozabile.

Astfel, declar pe propria răspundere faptul că am oferit acordul expres și neechivoc al meu, în calitate de părinte al Minorului, pentru ca acesta din urmă să beneficieze de serviciile medicale prestate de REGINA MARIA, după cum se impune și/sau este recomandat din punct de vedere medical, și că am cunoștință de și sunt întru totul de acord cu faptul că acesta va fi însoțit de Împuternicit în clinicile și spitalele REGINA MARIA în scopul primirii de îngrijiri medicale, protejând astfel interesul superior al acestuia.

Data _____/_____/_____

Numele în clar: _____

Semnătura: _____

Ediția iulie 2018