

Приложение № 2 к Правилам оказания медицинских услуг лицам в возрасте до 18 лет в ООО «Клиника Медлайн-Премьер»

Главному врачу ООО «Клиника Медлайн-Премьер»

Вивдыч Л.В.

От \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО (ОТ 15 ДО 18 ЛЕТ) НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИЛИ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ В ООО «КЛИНИКА МЕДЛАЙН-ПРЕМЬЕР»

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО родителя/законного представителя)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(дата выдачи)

Кем \_\_\_\_\_  
зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес полностью)

являюсь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун) попечитель **нужное подчеркнуть** \_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего, год рождения)

на основании (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов опеки — **нужное подчеркнуть**).

В соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса РФ, даю свое согласие на заключение с ООО «Клиника Медлайн-Премьер», находящееся по адресу: г. Благовещенск ул. Ленина, дом 130, договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись родителя/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.