

Главному врачу ООО «_____»

от _____
(Ф.И.О. законного представителя)

**Согласие на подписание Договора на оказание платных медицинских услуг
несовершеннолетнему в возрасте с 15 до 18 лет в ООО «_____»**

Я _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Паспортные данные: серия _____, номер _____,
выдан _____

Дата выдачи « ____ » _____ г.,
являясь законным представителем несовершеннолетнего - _____

(отцом, матерью, опекуном, усыновителем)

подтверждающий документ _____
(свидетельство о рождении, документы по опеки усыновлению)

Доверяю заключение Договора об оказание платных медицинских услуг в ООО
«_____» несовершеннолетнему старше 15-ти лет

(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Паспортные данные: серия _____, номер _____,
выдан _____

Дата выдачи « ____ » _____ г.,

Я, _____ в полной
мере осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего,
возникшим на основе подписанного их Договора об оказании платных медицинских услуг в ООО
«_____»

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____

