

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____,
(Ф.И.О. родителя (иного законного представителя) несовершеннолетнего)

« ____ » _____ года рождения, имеющий(ая) паспорт гражданина

РФ серии _____ № _____, выданный _____

_____ /
законный представитель несовершеннолетнего _____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

_____ , « ____ » _____ года

рождения, имеющего паспорт серии _____ № _____, выданный _____

_____ , настоящим подтверждаю

свое согласие на заключение моим сыном/дочерью _____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

договора на оказание платных медицинских услуг с АО «Семейный доктор», подписание иных документов, связанных с исполнением договора, а также оплату услуг по договору.

Я предупрежден(а) и осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим на основании совершенных им сделок.

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.