

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.