

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
_____ Тетекина В.Е.
"09" июля 2024 г.

**СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЕЙ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА ОБ ОКАЗАНИИ
ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ В ВОЗРАСТЕ
С 15 ЛЕТ**

г. Феодосия «__» __20__ года

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
«__» _____20__ г. рождения,
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
паспорт серии _____, номер _____, выданный _____
«__» _____ года

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или лица, признанного недееспособным:

ФИО несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограничено дееспособного лица
«__» _____20__ г. рождения,
(дата рождения гражданина, либо законного представителя)
зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

выражаю согласие на заключение им / ею с _____ Договора о предоставлении
платных медицинских услуг и обработку персональных данных моих и моего ребенка.
Согласен также быть поручителем за осуществление платежей с солидарной
ответственностью по вышеуказанному договору в полном объеме.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя)

«__» _____20__ г.
(дата оформления)