

СОГЛАСИЕ

законного представителя на сопровождение несовершеннолетнего

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО законного представителя)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, место проживания \_\_\_\_\_

Являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка и действуя добровольно и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка:

(ФИО ребенка)

Даю согласие:

Заключать договор на оказание стоматологических услуг, производить оплату по договору оказания стоматологических услуг, подписывать необходимую документацию в рамках договора, сопровождать несовершеннолетнего ребенка на время получения им стоматологических услуг

по Договору № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., а также совершать иные необходимые действия, получать документы, содержащие врачебную тайну и персональные данные несовершеннолетнего, следующему лицу, а именно:

1. \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, место проживания \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_, место проживания \_\_\_\_\_

Которое приняло на себя ответственность за жизнь и здоровье моего несовершеннолетнего ребенка и примет все необходимые решения для защиты прав и законных интересов ребенка, в том числе по вопросу медицинского вмешательства, в случае возникновения необходимости.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Законный представитель: \_\_\_\_\_

/полное ФИО/

/подпись/