

Директору  
ООО «Центр семейной  
медицины-Доктор ТУТ»

Согласие законного представителя на оказание платных медицинских  
услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет,  
самостоятельную оплату оказанных ему платных медицинских услуг

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я,

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего, идентификационный номер (при отсутствии –  
номер документа, удостоверяющего личность))

\_\_\_\_\_  
адрес проживания законного представителя, номер телефона)

даю согласие на оказание моему несовершеннолетнему (ребёнку,  
усыновленному, подопечному) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер  
несовершеннолетнего (при отсутствии – номер документа, удостоверяющего личность))

платных медицинских услуг, самостоятельную оплату оказанных ему (ей)  
платных медицинских услуг в ООО «Центр семейной медицины-Доктор ТУТ» на  
срок с момента подписания настоящего согласия и до

\_\_\_\_\_  
*С действующим прейскурантом цен, публичным договором на оказание платных  
медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО  
«Центр семейной медицины-Доктор ТУТ»*

\_\_\_\_\_  
(ознакомлен и согласен)

\_\_\_\_\_  
(подпись законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)