

Директору
ООО «Центр семейной
медицины-Доктор ТУТ»

Согласие законного представителя на оказание платных медицинских
услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 16 лет,
оформление согласия на обработку его персональных данных,
самостоятельную оплату оказанных ему платных медицинских услуг

_____ 2024 г.

Я,

(ФИО законного представителя несовершеннолетнего, паспорт (идентификационный номер) или иной документ, удостоверяющий личность законного представителя)

адрес проживания законного представителя, номер телефона)
даю согласие на оказание моему несовершеннолетнему (-ней) сыну (дочери)

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 16 лет, дата рождения, идентификационный номер
несовершеннолетнего)
платных медицинских услуг, оформление согласия на обработку его (её)
персональных данных, 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)