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, на внесение и обработку его (её) персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациенты, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении, 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)