

Директору
ООО «Центр семейной
медицины-Доктор ТУТ»

Согласие законного представителя на оказание платных медицинских
услуг несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 16 до 18 лет,
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 16 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер несовершеннолетнего)

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)