

Руководителю ООО МДЦ «Доктор ТАФИ»/ ООО МЛ «ТАФИ-Диагностика»

от _____
(ФИО родителя / законного представителя полностью)

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

« _____ » _____ г., код подр. _____

Адрес рег.: _____

Тел.: _____

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
на совершение сделки (заключение договора) несовершеннолетним
в возрасте от 14 до 18 лет

Я, _____

(ФИО родителя, усыновителя или попечителя полностью)

являясь законным представителем (родителем / усыновителем / попечителем)
несовершеннолетнего:

_____ (ФИО несовершеннолетнего пациента полностью)

« _____ » _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____,

выдан _____ « _____ » _____

_____ г.,

в соответствии со статьей 26 Гражданского кодекса Российской Федерации настоящим документом выражаю свое согласие на то, чтобы мой(я) несовершеннолетний(ая) сын / дочь самостоятельно:

1. Заключил(а) договор на оказание платных медицинских услуг с

_____ (наименование клиники)

на свое имя.

2. Оплачивал(а) предоставляемые медицинские услуги за счет собственных или вверенных ему/ей мною средств.

3. Подписывал(а) любые акты, дополнительные соглашения и иные документы, связанные с исполнением указанного договора.

Настоящее согласие дано без ограничения срока его действия и может быть отозвано мною в письменной форме.

Приложение к настоящему согласию:

Копия паспорта законного представителя (страницы с фото и регистрацией) — 1 л. в 1 экз.

Законный представитель:

_____ / _____

(подпись)

(расшифровка подписи ФИО полностью)

« _____ » _____ 202__ г.