

Руководителю ООО МДЦ «Доктор ТАФИ»
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(яя) 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.