

**Согласие законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет)  
на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг.**

Я \_\_\_\_\_  
(указать Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

Паспорт: серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

**являюсь законным представителем** (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель – нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

(ФИО ребенка, год рождения),

**на основании** (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного самоуправления - нужное подчеркнуть).

**В соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса РФ, даю свое согласие на заключение с ООО «РДЦ Ко.» договора на оказание платных медицинских услуг.**

Подпись родителя/законного представителя \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата \_\_\_\_\_