

**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 Саранск» договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись родителя/законного представителя _____ / _____ /

Дата _____