

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА СОВЕРШЕНИЕ СДЕЛКИ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ
(от 15 до 17 лет включительно)**

(заполняется родителем или опекуном/попечителем)

Я, _____	
(ФИО законного представителя (полностью, последнее при наличии))	
гражданин _____	, дата рождения: _____
(страна)	
паспорт: _____	выдан _____
(серия и номер)	(когда и кем)
код подразделения: _____	
зарегистрированный(ая) по адресу: _____	
(адрес регистрации, указанный в паспорте с указанием почтового индекса)	

фактически проживающий(ая) по адресу: _____	
(адрес фактического проживания с указанием почтового индекса) почтового индекса)	

контактные телефоны: _____	
(укажите как можно больше контактных телефонов: домашний, сотовый, рабочий и т.д., с указанием кода города)	

адрес электронной почты: _____,	
являясь законным представителем Пациента (Потребителя) _____	

(ФИО несовершеннолетнего (полностью, последнее при наличии))	
_____ года	рождения, зарегистрированного(-ой) по адресу: _____

настоящим	даю согласие на подписание Пациентом
(Потребителем) _____	
(ФИО несовершеннолетнего (полностью, последнее при наличии))	

с ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ договора на предоставления платных медицинских услуг, дополнительных соглашений к ним, актов оказанных услуг, а также на оплату медицинских услуг, в том числе за мой счет (средствами законного представителя).

Я осознаю финансовую ответственность законного представителя по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим вследствие совершенных им сделок.

Законный представитель:

Подпись _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ год