

СОГЛАСИЕ

Я, _____,
(ФИО законного представителя)

Паспорт серия _____ кем выдан _____

дата выдачи _____ место проживания _____

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка, действуя добровольно и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка: _____
(ФИО ребенка)

(дата рождения ребенка, серия, номер свидетельства о рождении, кем и когда выдано)

в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие:

- ☐ заключать Договор оказания стоматологических услуг;
- ☐ производить оплату по Договору оказания стоматологических услуг;
- ☐ подписывать необходимую документацию в рамках Договора;
- ☐ сопровождать несовершеннолетнего ребенка на время получения им стоматологических услуг по:

Договору № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г. следующему лицу, а именно:

1. _____

Паспорт серия _____ кем выдан _____

дата выдачи _____ место проживания _____

2. _____

Паспорт серия _____ кем выдан _____

дата выдачи _____ место проживания _____

которое приняло на себя ответственность за жизнь и здоровье моего несовершеннолетнего ребенка, и примет все необходимые решения для защиты прав и законных интересов ребенка, в том числе по вопросу медицинского вмешательства, в случае возникновения необходимости.

Настоящее Согласие является юридическим документом, составлено дееспособным лицом, в состоянии, позволяющем понимать значение своих действий и их последствия, при отсутствии принуждения с чьей бы то ни было стороны.

Данное Согласие действительно на период действия вышеуказанного Договора оказания стоматологических услуг.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Законный представитель: _____

/полное ФИО/

/подпись/