

_____ (наименование организации или Ф.И.О. лица, которому необходимо предъявить данное согласие)
адрес: _____

от _____ (Ф.И.О. законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

адрес: _____,
телефон: _____, факс: _____,
адрес электронной почты: _____

Согласие

Я, _____
Ф.И.О. законного представителя: родителя, усыновителя, попечителя

(дата рождения _____, место рождения _____,
паспорт серии _____ N _____, выдан "___" _____ г. _____,
зарегистрирован ___ по адресу: _____),

как законный представитель _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего),
дата рождения несовершеннолетнего "___" _____, паспорт серии _____ N _____,
выдан "___" _____ г. _____,
зарегистрирован ___ по адресу: _____

на основании п.1 ст. 26 Гражданского процессуального кодекса Российской Федерации и документа, подтверждающего полномочия законного представителя, а именно _____

(указать реквизиты свидетельства о рождении или иного документа, подтверждающего полномочия представителя)
даю свое согласие на самостоятельное посещение ООО «СЕМЕЙНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» (ОГРН 1135012010407) с целью получения медицинских услуг _____

Ф.И.О. несовершеннолетнего
и оплату оказанных ему/ей медицинских услуг наличными денежными средствами или банковской картой № _____ банка _____

Приложение.

1. Копия документа, подтверждающего законное представительство несовершеннолетнего.

"___" _____ г.

_____/_____/_____
(подпись) (Фамилия.И.О.)