

**Заявление о согласии на заключение несовершеннолетним
от 15 до 18 лет договора оказания платных медицинских услуг**

Я, _____,
(Фамилия, Имя, Отчество законного представителя)

паспорт: № _____, дата выдачи: « _____ » _____,

кем выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

подтверждаю свое согласие на заключение договора на оказание платных медицинских услуг и приложений к нему, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом и будет оплачивать самостоятельно оказанные услуги, между моим несовершеннолетним ребенком: _____,

(Фамилия, Имя, Отчество)
паспорт: № _____, дата выдачи: « _____ » _____,

кем выдан: _____

зарегистрирован(а) по адресу: _____

и обществом с ограниченной ответственностью «АЮДент».

Ответственность за неисполнение обязательств по договору оказания услуг, заключенному между моим несовершеннолетним ребенком и ООО «АЮДент», обязуюсь нести в полном объеме.

Я уведомлен и согласен с тем, что в соответствии с действующим законодательством несовершеннолетний, достигший возраста 15 лет, вправе самостоятельно принимать решения о состоянии своего здоровья, подписывать информированное согласие, отказываться от медицинской помощи, а также получать полную информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне. Медицинская организация не вправе предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну такого пациента никому, в том числе его законным представителям, без его письменного согласия.

подпись законного представителя

" _____ " _____ 20 _____ г.