

**Согласие родителей на заключение договора об оказании платных
медицинских услуг несовершеннолетнему в возрасте с 15 лет.**

Город Димитровград

«___» _____ года

Я, гр. _____ (ФИО), _____ года рождения, паспорт
_____, выдан _____,
зарегистрированный по адресу: _____

_____ ,
являюсь матерью/ отцом/ опекуном (нужное подчеркнуть) моего ребенка/подопечного

_____ (ФИО), _____ г.р., паспорт
_____, выдан _____
_____, зарегистрирован по адресу:

_____ и выражаю согласие на заключение им/ею с ООО «Поликлиника «Лекон» Договора о предоставлении платных медицинских услуг и обработку персональных данных моих и моего ребенка.

Согласен также быть поручителем за осуществление платежей с солидарной ответственностью по вышеуказанному договору в полном объеме.

ПОДПИСЬ: _____