

Согласие

Я, _____,
ФИО, (если таковое имеется), адрес, паспортные данные (№, серия, кем и когда выдан)

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте от 14 до 18 лет

(ФИО, дата рождения)

даю согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста и оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, утвержденный Постановлением МЗ от 31.05.2011 № 49, _____
ФИО (если таковое имеется) несовершеннолетнего

без сопровождения законного представителя в медицинском центре «ЛаВита», а также на оплату несовершеннолетним оказанных ему/ей медицинских услуг на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____ года/до отзыва согласия.

В целях оказания _____
фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) несовершеннолетнего

медицинских услуг в медицинском центре «ЛаВита» даю согласие на обработку персональных данных.

_____ дата _____ подпись _____ инициалы, фамилия