

Согласие

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

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

ФИО (если таковое имеется) ребенка, дата рождения

даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии, предоставление информации об обращении за медицинской помощью в медицинский центр «ЛаВита», сведений о состоянии здоровья, наличии заболеваний, диагнозах, методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с медицинским вмешательством, а также возможных альтернативах предлагаемому медицинскому вмешательству, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании медицинской помощи, оплату медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и до _____ года/до отзыва согласия.

(ФИО, паспортные данные того, кто сопровождает)

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