Согласие законного представителя на самостоятельное посещение несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет врача-специалиста и оказание простых медицинских вмешательств, предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнему пациенту (в полном объеме), самостоятельную оплату несовершеннолетним пациентом оказанных ему услуг

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 ООО «ЛаВита-центр» (медицинский центр «ЛаВита»), а также на оплату несовершеннолетним оказанных ему/ей медицинских услуг на основании статьи 25 Гражданского кодекса Республики Беларусь от 07.12.1998 года №218-З 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 ООО «ЛаВита-центр» (медицинский центр «ЛаВита») даю согласие на обработку персональных данных.

_____	_____	_____
дата	подпись	инициалы, фамилия