

Согласие родителя (законного представителя)
на заключение Договора на оказание платных медицинских услуг

г. Иваново

«__» _____ 20__ г.

Я, _____,

(Ф.И.О.)

являюсь _____ несовершеннолетнего _____

(Ф.И.О., дата рождения)

_____ и даю свое согласие на заключение Договора
на оказание платных медицинских услуг (ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Адрес регистрации: _____

Адрес проживания: _____

Паспортные данные: _____

Я осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 14 до 18 лет,
возникшим на основе совершенных им сделок.

Подпись родителя (законного представителя)

_____ / _____