

**СОГЛАСИЕ**

Я, \_\_\_\_\_,  
(ФИО законного представителя)

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ место проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

являясь законным представителем несовершеннолетнего ребенка, действуя добровольно и в интересах своего несовершеннолетнего ребенка:

\_\_\_\_\_

(ФИО ребенка)

в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю согласие:

Заключать Договор на оказание стоматологических услуг, производить оплату по Договору оказания стоматологических услуг, подписывать необходимую документацию в рамках Договора, сопровождать несовершеннолетнего ребенка на время получения им стоматологических услуг по

Договору № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. следующему лицу, а именно:

1. \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ место проживания \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ кем выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_ место проживания \_\_\_\_\_

которое приняло на себя ответственность за жизнь и здоровье моего несовершеннолетнего ребенка, и примет все необходимые решения для защиты прав и законных интересов ребенка, в том числе по вопросу медицинского вмешательства, в случае возникновения необходимости.

Настоящее согласие является юридическим документом, составлено дееспособным лицом, в состоянии, позволяющем понимать значение своих действий и их последствия, при отсутствии принуждения с чьей бы то ни было стороны.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Законный представитель: \_\_\_\_\_ /полное ФИО/ \_\_\_\_\_ /подпись/