

**Заявление о согласии на заключение
несовершеннолетним от 15 до 18 лет
договора оказания платных медицинских услуг**

г. Нижний Новгород _____ 20__ г.

Я, _____,

паспорт _____, выдан _____

_____ года, зарегистрирован(а) по адресу: _____

являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка _____

_____ года рождения,
заявляю о согласии на заключение моим ребенком договора оказания платных медицинских услуг, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом и будет оплачивать самостоятельно оказанные услуги.

Я уведомлен(а) и согласен(а) нести ответственность по обязательствам из договора, заключенного моим ребенком, в том числе оплачивать все услуги оказанные несовершеннолетнему по договору, заключенному с моего согласия в пределах суммы _____.

Я уведомлен и согласен с тем, что в соответствии с действующим законодательством несовершеннолетний, достигший возраста 15 лет, вправе самостоятельно принимать решения о состоянии своего здоровья, подписывать информированное согласие, отказываться от медицинской помощи, а также получать полную информацию о состоянии своего здоровья.

Подпись:

_____ / _____

Дата: