

## ЗАЯВЛЕНИЕ

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

г. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ год

Я, \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_,

зарегистрированная(ный) 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 самостоятельно оплачивать оказанные услуги. Я уведомлен и согласен нести ответственность по обязательствам из договора, заключенного моим ребенком, в том числе оплачивать все услуги оказанные несовершеннолетнему по договору, заключенному с моего согласия. 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 согласие на обработку персональных данных, информированное согласие, отказываться от медицинской помощи, а также получать полную информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне. Медицинская организация не вправе предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну такого пациента никому, в том числе его законным представителям, без его письменного согласия.

\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

\_\_\_\_\_  
Подпись(заканного представителя пациента)