Согласие Родителя (Законного представителя) на заключение
Договора на оказание платных медицинских услуг
(для несовершеннолетних с 15 лет до 18 лет)

г. Самара «__» _____202_ г.

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 26 ГК РФ Я, _____, _____ года рождения, паспорт _____, выдан _____ г; _____, зарегистрированный по адресу: _____, являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____, на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, что подтверждается _____, настоящим даю свое согласие несовершеннолетнему(ей) _____ года рождения, зарегистрированному(ой) по адресу: _____, паспорт серия _____ и номер _____, выдан _____ на заключение договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____с ООО «ПЕРФЕКТИКА», ИНН 6316289421, ОГРН 1246300028413, находящееся по адресу: Самарская область, г. Самара, ул. Революционная, д. 5, неж.помещ. Н3, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности от 16.12.2024, регистрационный номер Л041-01184-63/01629456, сроком действия бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Самарской области, в лице директора Керимовой Светланы Анатольевны, действующей на основании Устава «9 месяцев», на получение платной медицинской помощи в ООО «ПЕРФЕКТИКА» в рамках указанного договора, для чего даю согласие на подписание указанным лицом дополнительных соглашений, актов об оказании платных медицинских услуг с указанием наименования и стоимости оказываемой медицинской услуги, на оплату им оказанных услуг, а также на подписание Согласия на обработку персональных данных.

_____/_____
(подпись, Ф.И.О. законного представителя)