**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**
**ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ**
**«Стоматология Улыбка Тари»**

ООО «Стоматология Улыбка Тари»
Юридический адрес: 660094, г. Красноярск, ул. Павлова, д.44, пом.88
Почтовый адрес: 660010, г. Красноярск, пр. им. Газеты Красноярский рабочий, д.154, корп.1, пом.41а
ИНН 2462039077, КПП 246101001
р/с 40702810610050006634 филиал Точка Банк КИВИ Банк (АО)
к/с 30101810445250000797, БИК 044525797
ОКПО 19176473, ОГРН 1027739328440
Тел. 219-22-44, 219-05-95, Эл.почта: tari7878@mail.ru

## Согласие законного представителя на совершение сделки по оказанию платных медицинских услуг несовершеннолетнему старше 15 лет

от «____» _____20____г.

Я, Ф.И.О. (мать, отец, опекун, попечитель) _____

Дата рождения «_____» _____ 19_____г.

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан _____

_____

Проживающего по адресу: _____

**Являюсь законным представителем (мать, отец, опекун, попечитель) ребенка**:

_____
(Ф.И.О. ребенка полностью)

Дата рождения «_____» _____ ____г.

Паспорт серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан_____

_____

Проживающего по адресу: _____

**Я даю согласие на самостоятельное заключение Договора на предоставление платных медицинских (стоматологических) услуг между медицинской организацией и моим ребенком:**

_____
(Ф.И.О. ребенка полностью)

**Настоящим я заявляю и подтверждаю, что даю согласие на подписание документов об оплате (акты, и др. документы) и проведение оплаты за оказанные медицинские услуги моим ребенком:**

_____
(Ф.И.О. ребенка полностью)

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 15 до 18 лет, возникшим на основе его сделок.

Мне известно, что несовершеннолетний старше 15 лет вправе самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательство, получать информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне.

Если несовершеннолетний старше 15 лет в информированном добровольном согласии не указал перечень лиц, которым информация о состоянии его здоровья может быть представлена, то даже законный представитель, несмотря на ранее подписанное одобрение сделки, не вправе получать такую информацию (ч.3 ст13, ч.2 ст.22 Закона N323-ФЗ)

Ф.И.О. родителя полностью _____

Подпись родителя / _____/

Ф.И.О. ребенка полностью _____

Подпись ребенка / _____/