

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

г. _____ «___» _____ 202_ 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.

_____/_____