

**Согласие**

Я \_\_\_\_\_

(ФИО законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

место жительства \_\_\_\_\_

являюсь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

\_\_\_\_\_

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

Даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии и предоставлении информации об обращении за медицинской помощью в ЧМУП «Н клиника», сведений о состоянии здоровья, наличии заболеваний, диагнозах, методах оказания медицинской помощи, рисках, связанных с простым медицинским вмешательством, иные сведения, в том числе личного характера, полученные при оказании медицинской услуги, оплату медицинских услуг, на срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г., либо отзыва согласия, следующему лицу (сопровождающему): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО, паспортные данные сопровождающего - серия, номер, кем и когда выдан)

Место жительства (сопровождающего) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись расшифровка.

Копия паспорта прилагается

Согласие получил/оформил \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)

Отзыв согласия с \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись расшифровка

Отзыв получил/оформил \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)