

**Согласие законного представителя на самостоятельное посещение несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет врача-специалиста и оказание простых медицинских вмешательств, предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнему пациенту (в полном объеме), самостоятельную оплату несовершеннолетним пациентом оказанных ему услуг**  
Я, \_\_\_\_\_

(ФИО законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_

(серия, номер, кем и когда выдан)

место жительства \_\_\_\_\_,

являясь законным представителем несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

даю согласие на самостоятельное посещение врача - специалиста, оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых, дачу им устного согласия на простое медицинское вмешательство, самостоятельную оплату медицинских услуг на срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_\_ г. либо вплоть до достижения им совершеннолетия.

Дата \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Подпись расшифровка

Копия паспорта прилагается.

Согласие получил/оформил \_\_\_\_\_

(ФИО, подпись)