

Приложение 1
к Регламенту оказания
медицинских услуг
несовершеннолетним в
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»

Директору
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР»
Комса А.И.

СОГЛАСИЕ

Я, _____
(ФИО законного представителя)

паспорт _____
(серия, номер, кем и когда выдан)

место жительства _____

даю согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста и оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, самостоятельную оплату медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку:

(указать ФИО ребенка, дату рождения)

(дата)

_____/_____
(подпись) (расшифровка)