

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 \_\_\_\_\_  
являясь родителем несовершеннолетнего ребенка в возрасте до 14 лет

\_\_\_\_\_ (указать ФИО ребенка, дату рождения)  
даю согласие на сопровождение, оказание медицинских услуг в присутствии  
и предоставление информации об обращении за медицинской помощью в  
ООО «ЛЮБИМЫЙ ДОКТОР», 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)  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка)