

## СОГЛАСИЕ

на совершение действий несовершеннолетним лицом, достигшим возраста 15 лет

г. Шелехов

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(*орган выдачи, дата выдачи*)

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_

являясь законным представителем несовершеннолетнего:

(*ФИО несовершеннолетнего*)

«\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения,

даю свое согласие на самостоятельное (без сопровождения) посещение медицинской организации ООО «Лечебно-диагностический центр» (фирменное наименование ООО «ЛДЦ»), расположенное по адресу: Иркутская область, город Шелехов, квартал 8, дом 16Б в целях получения несовершеннолетним лицом, законным представителем которого я являюсь, медицинских услуг, в том числе даю свое согласие на совершение им следующих действий:

1. самостоятельно (без сопровождения) присутствовать на приеме врача-специалиста, в т.ч. при проведении диагностических исследований;
2. подписывать дополнительные соглашения, приложения к договору на оказание платных медицинских услуг, акты об оказанных услугах;
3. оплачивать стоимость медицинских услуг;
4. получать рекомендации и назначения, а также полную информацию о своем здоровье на приеме врачей-специалистов, при проведении диагностических исследований, а также в виде оригиналов, копий медицинской документации и выписок из нее.

Согласие выдано на срок - до достижения несовершеннолетним лицом, законным представителем которого я являюсь, возраста 18-ти лет.

Согласие может быть отозвано в любое время путем письменного обращения в клинику.

Фамилия, имя отчество законного представителя полностью:

.....

.....

Подпись законного представителя: .....

Расписался в моем присутствии:

.....

*ФИО, должность представителя Клиники*