

ООО «Центр стоматологической  
имплантации»

**Согласие родителя, иного законного представителя**  
на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему пациенту  
в возрасте от 14 до 18 лет, самостоятельную оплату им (ей) оказанных  
платных медицинских услуг

\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(адрес проживания законного представителя, номер телефона)  
даю согласие на оказание моему несовершеннолетнему ребёнку  
(усыновленному, подопечному)

\_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения)  
платных медицинских услуг, самостоятельную оплату им (ей) оказанных  
платных медицинских услуг на срок с момента подписания настоящего  
согласия и до \_\_\_\_\_

*С Информацией об Услугах, действующим Прейскурантом, Публичным  
договором возмездного оказания медицинских услуг, Правилами внутреннего  
распорядка для пациентов ООО «Центр стоматологической имплантации»*

\_\_\_\_\_  
(ознакомлен и согласен)

\_\_\_\_\_  
(подпись, Фамилия И.О. законного представителя)