

Главному врачу  
БУЗ ВО «Череповецкая детская  
городская поликлиника № 1»

С. А. Егоровой

**Согласие законных представителей несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет)  
на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,  
(ФИО родителя/ законного представителя несовершеннолетнего) (дата рождения)

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан (кем выдан, дата выдачи) \_\_\_\_\_

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

**являюсь законным представителем** несовершеннолетнего ребенка (отец, мать, усыновитель, опекун,  
попечитель) – **нужное подчеркнуть** \_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего, дата рождения)

\_\_\_\_\_ года рождения,  
**на основании** (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и  
попечительстве из органов опеки – **нужное подчеркнуть**).

В соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации, даю свое согласие  
на заключение с БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1» договора на оказание платных  
медицинских услуг.

Подпись родителя/ законного представителя несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_