

**Согласие родителя на посещение медицинского учреждения  
несовершеннолетним и оплату оказанных медицинских услуг**

Я \_\_\_\_\_  
паспортные данные: серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

Являюсь законным представителем \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

даю свое согласие на:

1. самостоятельное посещение \_\_\_\_\_ медицинского учреждения ООО «Центр детского здоровья», ООО «Детская клиника Аленка», ООО «Аленка» для оказания ему платных медицинских услуг.
2. вносить наличные денежные средства в кассу ООО «Центр детского здоровья», ООО «Детская клиника Аленка», ООО «Аленка» или безналичные денежные средства на расчетный счет ООО «Центр детского здоровья», ООО «Детская клиника Аленка», ООО «Аленка» за оказанные медицинские услуги \_\_\_\_\_ .

ООО «Центр детского здоровья», ООО «Детская клиника Аленка», ООО «Аленка» не несет ответственности за передвижение несовершеннолетнего до и после посещения медицинского учреждения.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2018г. \_\_\_\_\_