



**Заявление о согласии на заключение  
несовершеннолетним от 15 до 18 лет  
договора оказания платных медицинских услуг**

г. \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
Паспорт \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_, зарегистрированная(ный) по адресу \_\_\_\_\_,

являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ (года рождения),

заявляю о согласии на заключение моим ребенком договора оказания платных медицинских услуг, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом и будет самостоятельно оплачивать оказанные услуги.

Я уведомлен и согласен нести ответственность по обязательствам из договора, заключенного моим ребенком, в том числе оплачивать все услуги оказанные несовершеннолетнему по договору, заключенному с моего согласия.

Я уведомлен и согласен с тем, что в соответствии с действующим законодательством несовершеннолетний, достигший возраста 15 лет, вправе самостоятельно принимать решения о состоянии своего здоровья, подписывать согласие на обработку персональных данных, информированное согласие, отказываться от медицинской помощи, а также получать полную информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне. Медицинская организация не вправе предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну такого пациента никому, в том числе его законным представителям, без его письменного согласия.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_