ДОЛГОЛЕТИЕ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

centr-dolgoletie@mail.ru
spina.spb.ru
◁Оставьте отзыв о нашей работе

Многопрофильный медицинский
центр ООО Долголетие
Амбулаторное и хирургическое отделение:
г. Санкт-Петербург, Малая Посадская ул. д. 7/4
+7(812) 671-01-70
Филиал клиники:
г. Санкт-Петербург, Бронницкая ул. д. 15
+7(812) 575-09-22

Генеральному директору ООО «Долголетие»
Лепехову Г.В.

Заявление

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

г. _____ "___" _____ 20_____г.

Я, _____

Паспорт: серия _____, номер_____,

выдан:
_____
_____
дата выдачи_____, зарегистрированный(ная) 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(а) и согласен(на) 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(а) и согласен(на) 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.

_____ /_____

Дата: "____" _____ 20____ г.