

Генеральному директору
ООО «Я вижу «Центр микрохирургии глаза»
Е.Н. Авалиани

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

Санкт-Петербург

{текущая_дата}

Я, {фио_зак-го_предст-ля} паспорт {паспорт_зак-го_предст-ля}, являясь законным представителем несовершеннолетнего {фио_пациента} дата рождения {дата_рождения_пациента}, паспорт {паспорт_пациента}, заявляю о согласии на заключение моим ребенком договора оказания платных медицинских услуг, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом и будет оплачивать самостоятельно 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 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.

_____/ {фио_зак-го_предст-ля} /
{текущая_дата}