

**Согласие законного представителя несовершеннолетнего (от 14 до 18 лет)
на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг.**

Я, _____ (ФИО),
паспорт серия _____ № _____, выдан «__» _____ г. _____
_____, зарегистрированный (ая)
по адресу: _____,
являюсь законным представителем (отец, мать, усыновитель, опекун, попечитель
– **нужное подчеркнуть**) _____ (ФИО
несовершеннолетнего, дата рождения) **на основании** (свидетельства о рождении, об
усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов местного
самоуправления – **нужное подчеркнуть**).

**В соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 ГК РФ, даю своё согласие моему
_____ (сыну, дочери и т.д.) на заключение с АУЗ РА «РСП» договора
на оказание платных стоматологических услуг, а также на оплату услуг по
Договору, в том числе средствами законного представителя.**

Подпись родителя/законного представителя _____

Дата _____ г.