

Директору ООО «Добрый Доктор»
Куршаковой Е.В.

от _____
(Ф.И.О. законного представителя)

Согласие на подписание
Договора на оказание платных медицинских услуг
несовершеннолетнему в возрасте с 15 до 18 лет
в ООО «Добрый Доктор»

Я _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Паспортные данные:

серия _____, номер _____,

выдан _____

Дата выдачи « ____ » _____ г.,

являясь законным представителем несовершеннолетнего - _____
(отцом, матерью, опекуном, усыновителем)

подтверждающий документ _____
(свидетельство о рождении, документы по опеки усыновлению)

Доверяю заключение Договора об оказание платных медицинских услуг в ООО «Добрый Доктор» несовершеннолетнему _____
(Фамилия, Имя, Отчество)

Дата рождения « ____ » _____ г.

Паспортные данные:

серия _____, номер _____,

выдан _____

Дата выдачи « ____ » _____ г.,

Я, _____
в полной мере осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим на основе подписанного их Договора об оказании платных медицинских услуг в ООО «Добрый Доктор»

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____