

## СОГЛАСИЕ

### законного представителя на сопровождение несовершеннолетних, не достигших 18-и летнего возраста

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО),  
зарегистрирован (а):

\_\_\_\_\_ ,  
фактически проживаю: \_\_\_\_\_ ,

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ,

выдан \_\_\_\_\_ ,

дата выдачи паспорта \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ,

являясь \_\_\_\_\_ ,

( указывается: родителям, усыновителем, опекуном или попечителем несовершеннолетнего лица)  
даю согласие (доверяю):

\_\_\_\_\_ (ФИО),  
зарегистрирован (а):

\_\_\_\_\_ ,  
фактически проживаю: \_\_\_\_\_ ,

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ ,

выдан \_\_\_\_\_ ,

дата выдачи паспорта \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ ,

на сопровождение несовершеннолетнего, не достигшего 18-и летнего возраста

\_\_\_\_\_ ,  
( фамилия, имя, отчество )

дата рождения: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , место рождения: \_\_\_\_\_ ,

место жительства: \_\_\_\_\_ ,

данные свидетельства о рождении или удостоверения опекуна или  
попечителя \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
( номер, дата выдач документа, номер записи акта о рождении, орган выдавший свидетельство )

для посещения Акционерного общества «Центр восстановительной медицины и реабилитации «Сибирь», с правом: получения любой информации относительно состояния здоровья моего ребенка, справок, выписок, рецептов и иных документов необходимых для оказания услуг несовершеннолетнему; принятия решений по вопросам медицинских обследований и медицинских вмешательств; подписания любых информированных согласий (или отказов), в том числе на медицинские вмешательства и вакцинацию; с правом получения/сдачи документов, содержащих врачебную тайну в отношении несовершеннолетнего, а также совершать иные действия, необходимые для оказания услуг несовершеннолетнему.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО законного представителя)