

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА
ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

город Москва

_____ 202_ года

Я,

(ФИО законного представителя полностью, год рождения)

(паспорт серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения)

настоящим даю свое согласие

(ФИО и дата рождения несовершеннолетнего)

договора на оказание платных медицинских услуг с **Обществом с ограниченной ответственностью «ОЛИМП»**, ИНН 9702043570, ОГРН 1227700322354, подписание иных документов, связанных с исполнением договора, а также оплату услуг по договору.

Я предупрежден(а) и осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим на основании совершенных им сделок.

_____ 202_ г. ✓ _____ /✓ _____