ООО «БЭЙБИ КЛИНИК»
ОГРН 1255800006230, ИНН 5800018091
Адрес: 440066, Россия, Пензенская область, г. Пенза,
пр-кт. Строителей, д. 3А, литера А1

СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

на заключение и исполнение договора на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним Потребителем в возрасте от 15 до 18 лет

г. Пенза «____» _____ 20___ г.

Я, _____
(фамилия, имя, отчество законного представителя полностью)

_____
(дата рождения, место рождения)

_____
(документ, удостоверяющий личность: наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

_____
(адрес регистрации)

_____
(адрес фактического места жительства)

_____
(телефон, адрес электронной почты)

являясь родителем / усыновителем / опекуном / попечителем (необходимое подчеркнуть) несовершеннолетнего Потребителя (Пациента): _____

_____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения)

_____
(документ, удостоверяющий личность: наименование, серия, номер, дата выдачи, кем выдан, код подразделения)

на основании: _____
(наименование и реквизиты документа основания законного представительства)

_____

в соответствии со статьей 26 Гражданского кодекса Российской Федерации даю согласие указанному несовершеннолетнему Потребителю на заключение с ООО «БЭЙБИ КЛИНИК» Договора на оказание платных медицинских услуг и на совершение сделок, непосредственно связанных с его исполнением, в пределах настоящего согласия.

Настоящим разрешаю несовершеннолетнему Потребителю:

1. Подписать Договор на оказание платных медицинских услуг в качестве Заказчика и Потребителя.

2. Подписывать Спецификации, твердые и приблизительные сметы, дополнительные соглашения, Акты оказанных платных медицинских услуг и иные договорные документы, непосредственно связанные с определением или изменением перечня, объема, срока предоставления, стоимости, срока и порядка оплаты платных медицинских услуг.

3. Согласовывать перечень, объем, срок предоставления, стоимость, срок и порядок оплаты платных медицинских услуг.

4. Производить оплату платных медицинских услуг, в том числе вносить авансовые платежи, получать кассовые чеки, документы, подтверждающие оплату, документы, подтверждающие факт и объем оказанных платных медицинских услуг, а также документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги.

Настоящее согласие предоставляется в отношении платных медицинских услуг, оказываемых ООО «БЭЙБИ КЛИНИК», на условиях Договора, Прейскуранта, Спецификаций, Смет и дополнительных соглашений.

Настоящее согласие действует: _____
(указать срок или обстоятельства)

Я уведомлен(а), что могу отозвать настоящее согласие в любое время путем письменного уведомления ООО «БЭЙБИ КЛИНИК» и несовершеннолетнего Потребителя. Отзыв действует с момента получения уведомления ООО «БЭЙБИ КЛИНИК», если в нем не указан более поздний срок.

Приложение: копия документа, удостоверяющего личность законного представителя

Законный представитель / Заказчик _____ _____
(подпись) (фамилия, инициалы)