Общество с ограниченной ответственностью «ГЕЛИОСДЕНТ»
620012, г. Екатеринбург, ул. Победы, д.7, т/ф.: (343) 317-33-37
ИНН 6673169467 КПП 668601001 ОГРН 1076673020148
р/с 40702810316110075881, к/с 30101810500000000674, БИК: 046577674
Банк: Уральский Банк Сбербанка России ОАО г. Екатеринбург,
e-mail: geliosdent@mail.ru, http://www.geliosdent.ru

Согласие законного представителя на предоставление платных медицинских услуг для пациента в возрасте 15-18 лет

«_____»_____ 20_____г. г. Екатеринбург

Я, _____ д.р._____
(ФИО законного представителя полностью) чч/мм/гггг

паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи «____» _____г.

кем выдан: _____

_____,

зарегистрирован(-на) _____

фактически проживаю _____,

ДОВЕРЯЮ _____ д.р. _____
(ФИО пациента несовершеннолетнего) чч/мм/гггг

Паспорт: серия _____ номер_____ дата выдачи «____» _____г.

кем выдан: _____

_____ ,

зарегистрированной(-ному) _____

фактически проживающей(-му) _____

- Подписывать все виды информированных согласий на медицинские вмешательства, согласие на обработку данных, гарантийный талон, анкета о здоровье, рекомендации врача, акты выполненных работ, планы лечения.

- Заключать договор, т.е. выступать заказчиком услуг.

Я, _____, законный
(ФИО законного представителя полностью)

представитель осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 15 до 18 лет, возникшим на основе совершенных им сделок.

Подпись законного представителя_____