

СОГЛАСИЕ
законного представителя несовершеннолетнего ребенка
(15-18 лет)

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

проживающий(ая) по адресу: _____,

паспорт _____ выдан _____,

являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка

(фамилия, имя, отчество, год рождения)

(указать свидетельство о рождении/паспортные данные несовершеннолетнего, кем, когда выданы)

проживающего(ей) по адресу: _____,

даю свое согласие на осуществление моим несовершеннолетним ребенком

(фамилия, имя, ребенка полностью)

- сделки по заключению с ГБУЗ Московской области «МОСП» (далее – Исполнитель) договора на оказание платных медицинских стоматологических услуг, планов лечения к нему, иных приложений и дополнительных соглашений;

- внесение денежных средств за платные медицинские стоматологические услуги в соответствии с Договором на оказание платных стоматологических услуг, планом лечения, выставленным счетом за оказанные медицинские услуги;

- подписанию актов приемки оказанных услуг.

Мне известно, что имущественную ответственность за действия моего несовершеннолетнего ребенка несут законные представители в рамках гражданского законодательства Российской Федерации.

Настоящее Согласие подписано в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: 1 экз. – Законному представителю, 2 экз. – Исполнителю.

Подпись законного представителя _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Дата “ ____ ” _____ 20__ г.

Настоящее согласие подписано в присутствии:

(должность, фамилия, имя, отчество представителя Исполнителя)