



**Общество с ограниченной ответственностью «Мира»**  
620144, Свердловская обл., г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 249, оф. М 2.5  
ИНН 6674211760 ОГРН 1076674002943 КПП 667101001  
Телефон: +7 (343) 224-20-56, 286-20-56  
Электронная почта: [info@mira-med.ru](mailto:info@mira-med.ru) Сайт: [www.mira-med.ru](http://www.mira-med.ru)

**Письменное согласие законных представителей (родителей, усыновителей или попечителей) на заключение Договора на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним.**

Я, Ф.И.О. \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_, номер, \_\_\_\_\_,  
выданный (кем) \_\_\_\_\_,  
дата (когда) \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель или попечитель) несовершеннолетнего, даю согласие на заключение Договора на оказание платных медицинских услуг моим представляемым несовершеннолетним

Ф.И.О. \_\_\_\_\_,  
паспорт серия \_\_\_\_\_, номер, \_\_\_\_\_,  
выданный (кем) \_\_\_\_\_,  
дата (когда) \_\_\_\_\_,  
зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,

Я осознаю свою дополнительную ответственность по обязательствам лица в возрасте от 14 до 18 лет, возникшим на основе совершенных им сделок.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

Подшивается в Медицинскую карту пациента