**Согласие законного представителя несовершеннолетнего (от 15 до 18 лет)**

**на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг**

**Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (ФИО родителя/законного представителя)

паспорт: серия № выдан (кем выдан, дата выдачи)

зарегистрированный (-ая) по адресу:

 (адрес полностью)

**являясь законным представителем** (отец, мать, усыновитель, опекун) попечитель — нужное подчеркнуть)

(ФИО несовершеннолетнего, год рождения)

**на основании** (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекунстве и попечительстве из органов опеки — нужное подчеркнуть).

Настоящим в соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса РФ, даю своё согласие на заключение договора на оказание платных медицинских услуг с ООО «А2Мед Самара», оформление акта сдачи-приемки услуг, а также оплату медицинских услуг, в том числе средствами законного представителя

Я осознаю дополнительную ответственность законного представителя по обязательствам лица в возрасте 15-18 лет, возникшим на основании совершенных им сделок.

Настоящее согласие составлено дееспособным лицом, в состоянии, позволяющем понимать значение своих действий и их последствия, при отсутствии принуждения с какой-либо стороны.

Согласие выдано сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись родителя/законного представителя /

 (расшифровка подписи)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 г.

Удостоверено \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись ФИО администратора