**Руководителю МЦ «XXI век»**

**А.А. Соколовой**

**Заявление о согласии на заключение**

**несовершеннолетним от 15 до 18 лет**

**договора оказания платных медицинских услуг**

Санкт-Петербург \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г.

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

паспорт \_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_ \_\_\_\_\_ года, зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, ИНП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Заявляю о согласии на заключение моим ребенком договора оказания платных медицинских услуг, в котором он / она будет выступать Заказчиком и Пациентом.

Я уведомлен и согласен нести ответственность по обязательствам из договора заключенного моим ребенком, в том числе оплачивать все услуги оказанные несовершеннолетнему по договору, заключенному с моего согласия.

Я уведомлен и согласен с тем, что выдача некоторых копий медицинских документов, выписок, эпикризов и т.д. является платной услугой, и гарантирую их оплату.

Я уведомлен и согласен с тем, что в соответствии с действующим законодательством несовершеннолетний, достигший возраста 15 лет, вправе самостоятельно принимать решения о состоянии своего здоровья, подписывать информированное согласие, отказываться от медицинской помощи, а также получать полную информацию о состоянии своего здоровья и сохранять эту информацию в тайне. Медицинская организация не вправе предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну такого пациента никому, в том числе его законным представителям, без его письменного согласия.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_