

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ
на заключение договора медицинских услуг с несовершеннолетним**

г. Москва

«__» _____ 2020 г.

Я, _____,

паспорт серия _____ № _____, дата выдачи «__» _____ 2020

г., _____ выдан

_____ ,

зарегистрированный по адресу г. _____

Гр. _____

__ . __ . 19 __ года рождения, паспорт серии _____ № _____ , дата
выдачи «__» _____ г., выдан __________
_____ и в соде
консультаций, диагностических обследований, сдача медицинских анализов и т.д.

...../_____

(Подпись)