

## СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

на заключение несовершеннолетним в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет договора оказания платных медицинских услуг/приложения к договору оказания платных медицинских услуг (далее - Согласие)

Настоящим я, \_\_\_\_\_  
фамилия, имя и отчество (если имеется)

\_\_\_\_\_ адрес места жительства

\_\_\_\_\_ данные документа, удостоверяющего личность (наименование документа, серия, номер документа, наименование органа выдавшего документ, дата выдачи документа, код подразделения)

\_\_\_\_\_ телефон

законный представитель (отец/мать/усыновитель/попечитель *(нужное подчеркнуть)*) несовершеннолетнего ребёнка \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ фамилия, имя и отчество (если имеется) несовершеннолетнего ребёнка

\_\_\_\_\_ дата рождения несовершеннолетнего ребёнка, адрес места жительства несовершеннолетнего ребёнка

\_\_\_\_\_ данные документа, удостоверяющего личность несовершеннолетнего ребёнка (наименование документа, серия, номер документа, наименование органа выдавшего документ, дата выдачи документа, код подразделения)

\_\_\_\_\_ данные свидетельства о рождении/свидетельства об усыновлении/акта органа опеки и попечительства о назначении попечителя

\_\_\_\_\_ (далее - несовершеннолетний ребёнок)

\_\_\_\_\_ телефон

даю согласие несовершеннолетнему ребёнку на заключение и подписание им договора оказания платных медицинских услуг/приложения к договору оказания платных медицинских услуг с обществом с ограниченной ответственностью МЦ «НАДЕЖДА», адрес места нахождения: 392022, Тамбовская область, г.о. город Тамбов, г. Тамбов, ул. им. Юрия Гагарина, д. 19А, помещ. 2, ОГРН 1126829002024, ИНН 6829081500, лицензия на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»): регистрационный номер лицензии: Л041-01195-48/00589998, дата предоставления лицензии: 30.12.2019 г., лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Тамбовской области, лицензия действует бессрочно (далее - ООО МЦ «НАДЕЖДА») на следующих условиях: объем и перечень платных медицинских услуг:

\_\_\_\_\_ ;  
срок предоставления платных медицинских услуг: \_\_\_\_\_ ;

место оказания платных медицинских услуг: \_\_\_\_\_ ;

\_\_\_\_\_ ;  
стоимость платных медицинских услуг: в соответствии с ценами, указанными на сайте ООО МЦ «НАДЕЖДА» по адресу <https://lipetsk.center-hope.ru/price>, <https://lipetsk.center-hope.ru/analizu>, <https://lipetsk.center-hope.ru/diagnostika>; сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг и содержание договора оказания платных медицинских услуг: в соответствии с образцом договора, размещенным на сайте ООО МЦ «НАДЕЖДА» в сети «Интернет» по адресу <https://lipetsk.center-hope.ru/dokumenty-i-yuridicheskaya-informatsiya>; медицинские услуги, подлежащие оказанию врачами-специалистами, оказываются \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ФИО и специальность врача-специалиста

или по выбору несовершеннолетнего ребенка врачами-специалистами, информация о которых размещена на сайте ООО МЦ «НАДЕЖДА» в сети «Интернет» по адресу <https://lipetsk.center-hope.ru/doctors/> по соответствующему профилю/специализации услуг; оплата медицинских услуг осуществляется

несовершеннолетним ребёнком в соответствии с договором оказания платных медицинских услуг/приложением к договору оказания платных медицинских услуг, в том числе денежными средствами законного представителя.

Мне предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих, указанную помощь. Общество с ограниченной ответственностью МЦ «НАДЕЖДА» не оказывает медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

\_\_\_\_\_

подпись

\_\_\_\_\_

фамилия, имя и отчество (если имеется) законного представителя