

Приложение 2  
к Положению об оказании медицинских  
услуг несовершеннолетним пациентам в  
ООО «МедАвеню»

Форма

Директору ООО «МедАвеню»

---

## Согласие

**законного представителя на самостоятельное посещение несовершеннолетним  
пациентом в возрасте от 14 до 18 лет врача-специалиста и оказание простых  
медицинских вмешательств, предоставление информации о состоянии здоровья  
несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет (в полном объеме),  
самостоятельную оплату несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет  
оказанных ему услуг**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет,

\_\_\_\_\_

паспорт (серия, номер, кем и когда выдан, идентификационный номер) законного представителя,

\_\_\_\_\_

адрес проживания законного представителя)

\_\_\_\_\_,  
даю согласие на самостоятельное посещение моего несовершеннолетнего (-ней) сына  
(дочери)

\_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет,

\_\_\_\_\_  
дата рождения несовершеннолетнего, идентификационный номер несовершеннолетнего)

ООО «МедАвеню»; оказание ему (ей) медицинских услуг, входящих в перечень  
простых медицинских вмешательств; предоставление ему (ей) информации о  
состоянии здоровья (в полном объеме); самостоятельную оплату оказанных услуг на  
срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_\_  
(указать дату)

(2) даю согласие ООО «МедАвеню» на обработку персональных данных моих, как  
законного представителя, и моего несовершеннолетнего ребенка в порядке,  
установленном законодательством Республики Беларусь и локальными нормативными  
актами ООО «МедАвеню».

При дачи настоящего согласия законный представитель подтверждает, что ознакомлен с Положением об оказании медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в ООО «МедАвеню». При дачи настоящего согласия законный представитель гарантирует, что лечащему врачу будут предоставлены все необходимые данные о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, в том числе все известные последнему противопоказания (аллергии на лекарственные препараты и их составные части, хронические заболевания и так далее).

Копия паспорта законного представителя прилагается.

---

---

---

(дата)

(подпись законного представителя)

(расшифровка)