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

Форма

Директору ООО «ЭстетикАвеню»

_____

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) 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 «ЭстетикАвеню»; 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 «ЭстетикАвеню» на обратку персональных данных моих, как законного представителя, и моего несовершеннолетнего ребенка в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь и локальными нормативными актами ООО «ЭстетикАвеню».

При дачи настоящего согласия законный представитель подтверждает, что ознакомлен с Положением об оказании медицинских услуг несовершеннолетним пациентам в ООО «ЭстетикАвеню». 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).

_____ _____

_____

(дата) (подпись законного представителя) (расшифровка)