**СОГЛАСИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Дата выдачи |  |
|  | (число, месяц, год) |

|  |  |
| --- | --- |
| Мы,  |  |
|  (фамилия, имя, отчество матери ребенка) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
|  (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| а так же |  |
|  (фамилия, имя, отчество отца ребенка) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
|  (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |
| настоящим даем согласие: |

нашему несовершеннолетнему (ней) сыну/дочери:

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
|  (фамилия, имя, отчество ребенка) |
| дата рождения: |  |
| паспорт РФ № |  | выдан:  |  |
|  |
|  (наименование органа, выдавшего паспорт) |
| дата выдачи: |  | код подразделения: |  |
| место жительства: |  |

оплачивать медицинские услуги, оказанные указанному несовершеннолетнему в медицинских организациях всех форм собственности.

|  |  |
| --- | --- |
| Согласие выдано на срок до: |  |
|  | (число, месяц, год) |
| Мать ребенка |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |
| Отец ребенка |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |
| Несовершеннолетний ребенок |  |  |
|  | (подпись) |  (фамилия, инициалы) |