**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) |