

Согласие*

Я, _____
Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя Потребителя от 14 до 18 лет или гражданина, ограниченного судом в дееспособности

Данные документа, удостоверяющего личность № _____ серия _____, выдан _____
_____ когда, кем _____.

зарегистрирован(-а) по адресу: _____,
являюсь законным представителем Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет или гражданина, ограниченного судом в дееспособности, заключающего и подписывающего договор № _____ от « _____ » _____ 20 ____ г. от своего имени

_____ *Фамилия, имя, отчество (если имеется) Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет или гражданина, ограниченного судом в дееспособности*
даю свое согласие на заключение Потребителем договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____ г. с Исполнителем - ООО «ЭрСпей» (ОГРН: 1187325018561, ИНН: 7321006590)

Данные документа, подтверждающего права законного представителя Потребителя пациента (*свидетельства о рождении, решения суда, документа органа опеки и попечительства или иного документа*) _____

Законный представитель _____ / _____ /
_____ *подпись* _____ *Фамилия, И.О.*

Телефон законного представителя _____

*Данное Согласие заполняется в соответствии со статьями 26,30 Гражданского кодекса РФ только в случае заключения и подписания настоящего Договора несовершеннолетним Потребителем в возрасте от 14 до 18 лет или Потребителем, ограниченным судом в дееспособности.