

СОПРАНО

К Л И Н И К А

Согласие родителей на заключение договора об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетнему в возрасте с 15 лет.

Я (Ф.И.О. законного представителя) _____

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу: _____

паспорт: _____, выдан: _____

являюсь матерью/ отцом/ опекуном (нужное подчеркнуть) моего ребенка/подопечного
_____, _____ г.р.,

паспорт _____, выдан _____,
зарегистрированного по адресу: _____

и выражаю согласие на заключение им/ею с ООО «Сопрано» Договора о предоставлении платных медицинских
услуг и обработку персональных данных моих и моего ребенка/подопечного.

Согласен также быть поручителем за осуществление платежей с солидарной ответственностью по
вышеуказанному договору в полном объеме.

ПОДПИСЬ: _____

« ____ » _____ 202__ г.