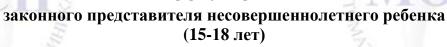
СОГЛАСИЕ



г. Москва «
Я,
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)
проживающий(ая) по адресу:
паспорт выдан,
являясь законным представителем моего несовершеннолетнего ребенка
(фамилия, имя, отчество, год рождения)
(указать свидетельство о рождении/паспортные данные несовершеннолетнего, кем, когда выданы)
проживающего(ей) по адресу:
10/1/n 10/11
даю свое согласие на осуществление моим несовершеннолетним ребенком
(фамилия, имя, ребенка полностью)
- сделки по заключению с ГБУЗ Московской области «МОСП» (далее -
Исполнитель) договора на оказание платных медицинских
стоматологических услуг, планов лечения к нему, иных приложений и
дополнительных соглашений;
- внесение денежных средств за платные медицинские стоматологически
услуги в соответствии с Договором на оказание платных стоматологических
услуг, планом лечения, выставленным счетом за оказанные медицински
услуги;
- подписанию актов приемки оказанных услуг.
CKAN OF A
Мне известно, что имущественную ответственность за действия моего
несовершеннолетнего ребенка несут законные представители в рамках
гражданского законодательства Российской Федерации.
MACH
Настоящее Согласие подписано в 2-х экземплярах, имеющих
одинаковую юридическую силу: 1 экз Законному представителю, 2экз
Исполнителю.
Olon allite
Полима законного продотарителя
Подпись законного представителя (подпись) (расшифровка подписи)
Дата "
Настоящее согласие подписано в присутствии:

(должность, фамилия, имя, отчество представителя Исполнителя)