

Директору
Общества с ограниченной ответственностью
«Медицинский центр «Доктор Плюс»
Зыкиной Е.С.

От _____
(Фамилия, имя, отчество)

_____ (паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)

_____ (адрес регистрации)

«_____» _____ 20____ г.

Согласие

Настоящим я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

являюсь законным представителем _____
(отец, мать, опекун, попечитель)

несовершеннолетнего _____
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего)

даю согласие на посещение обособленных подразделений Общества с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Доктор Плюс» без моего присутствия.

Настоящим я подтверждаю свое согласие на сообщение мне результатов обследования, анализов, диагноза несовершеннолетнего _____ по телефону,
(сын, дочь, опекаемый)

указанному в медицинской карте амбулаторного больного и в информированном добровольном согласии.

Дата

Подпись