

Информированное согласие родителей (законных представителей) на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетнему (15-18 лет) в ООО «МК Новая медицина»

« ____ » _____ 20 ____ год

Я, _____,

(ФИО представителя)

паспорт РФ серии _____ N _____, выдан _____,

_____ " ____ " _____ 20 ____ г.,

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

являясь законным представителем несовершеннолетнего – матерью/отцом/опекуном (нужное подчеркнуть)

(ФИО ребенка полностью)

" ____ " _____ года рождения,

паспорт РФ серии _____ N _____, выдан _____,

_____ " ____ " _____ 20 ____ г.,

зарегистрированный(-ая) по адресу: _____,

даю свое добровольное и информированное согласие на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подростку) в возрасте от 15 до 18 лет в **медицинской организации ООО «МК Новая медицина», Лицензия № Л041-01162-50/00336445 от 29.11.2019 г., ОГРН 1175027032146, ИНН 5040153041, расположенной по адресу: 140185, Московская область, г. Жуковский, ул. Чкалова, д. 12 пом. 20-27, 29-43**, понимая и принимая следующие условия:

- Я ознакомлен(а) с полной информацией о характере и содержании медицинских услуг, которые будут оказаны, включая цели, методы, используемое оборудование и технологии, а также предполагаемую продолжительность и этапы проведения процедур и обследований.
- Я осознаю возможные риски, осложнения и побочные эффекты, связанные с оказанием медицинских услуг, а также последствия отказа от проведения рекомендованных процедур и обследований.
- Я понимаю, что медицинские услуги оказываются на платной основе, ознакомлен(а) с их стоимостью, условиями оплаты и возможными вариантами возврата средств в случае неоказания или отмены услуг.
- Я подтверждаю, что получил(а) исчерпывающие ответы на все возникшие у меня вопросы, и ни одна важная для меня информация не была скрыта.
- Я согласен(на) на обработку и хранение медицинской информации о состоянии здоровья моего ребенка с соблюдением требований конфиденциальности, предусмотренных законодательством РФ.
- Я подтверждаю, что понимаю и принимаю все изложенные выше условия и даю свое добровольное, осознанное и недвусмысленное согласие на оказание платных медицинских услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подростку).

(подпись)

(Ф.И.О. законного представителя, полностью)

Настоящее согласие дано мной

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата)