

Согласие Законного представителя несовершеннолетнего лица в возрасте от 14 до 18 лет на заключение договора на оказание платных медицинских услуг и на получение в рамках данного договора платных медицинских услуг

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьей 26 ГК РФ

Я, _____,
_____ года рождения, паспорт _____, выдан _____ г; _____,
зарегистрированный по адресу: _____, являюсь законным представителем несовершеннолетнего _____, на основании п. 1 ст. 64 Семейного кодекса Российской Федерации, что подтверждается _____, настоящим даю свое согласие несовершеннолетнему(ей) _____ года рождения, зарегистрированному(ой) по адресу: _____, паспорт серия _____ и номер _____, выдан _____ на заключение договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ с ООО Клиника «9 месяцев», на получение платной медицинской помощи в ООО Клиника «9 месяцев» в рамках указанного договора, для чего даю согласие на подписание указанным лицом дополнительных соглашений, актов об оказании платных медицинских услуг с указанием наименования и стоимости оказываемой медицинской услуги, на оплату им оказанных услуг, а также на подписание Согласия на обработку персональных данных.

Дата

Подпись _____ (Ф.И.О.)

от _____
(Ф.И.О. законного представителя пациента)**Заявление о согласии на разглашение сведений,
составляющих врачебную тайну**

На основании ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения пациента, проведения научных исследований, их опубликования в научных изданиях, использования в учебном процессе и в иных целях.

Руководствуясь ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, паспорт серия и номер _____, выдан _____ г; _____, являющийся представителем несовершеннолетнего(ей) _____, заявляю о своем согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну о пациенте _____ года рождения, зарегистрированному(ой) по адресу: _____, паспорт серия _____ номер _____ выдан _____,

Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну включает в себя: сведения о факте обращения за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении.

Лица, которым станут известны сведения, составляющие врачебную тайну:

Законный представитель пациента

_____/_____

(подпись)

(Ф.И.О.)