

Главному врачу  
ГБУЗ ПК «ПККНД»  
Д.В. Михневичу

от \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

**Согласие  
на совершение сделки несовершеннолетним**

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. \_\_\_\_\_,

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_,

в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации даю свое согласие на заключение между \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего)

и Государственным бюджетным учреждением здравоохранения Пермского края «Пермский краевой клинический наркологический диспансер» договора на оказание платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (подпись/Ф.И.О.)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.