Приложение 2

 к порядку оказания

 медицинских услуг

 несовершеннолетним пациентам

 Заместителю директора

 по медицинской части

 А.В.Шилик

**Согласие**

**законного представителя на самостоятельное посещение несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет врача-специалиста и оказание простых медицинских вмешательств, предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнему пациенту в возрасте от 14 до 18 лет (в полном объеме), самостоятельную оплату несовершеннолетним пациентом в возрасте от 14 до 18 лет оказанных ему услуг на посещение и самостоятельную оплату услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (ФИО законного представителя, место жительства, номер и серия паспорта, кем и когда выдан)

даю свое согласие на самостоятельное посещение врача-специалиста

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и оказание медицинских услуг, входящих в перечень простых медицинских вмешательств, утвержденный Постановлением Минздрава от 31.05.2011 № 49, самостоятельную оплату оказываемых медицинских услуг моему несовершеннолетнему сыну/моей несовершеннолетней дочери (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО несовершеннолетнего в возрасте от 14 до 18 лет, дата рождения, идентификационный номер)

на срок с момента подписания настоящего согласия и до \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. или отзыва согласия.

Дата Подпись