**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

**на совершение сделки**

*(заполняется собственноручно)*

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

*(ФИО законного представителя пациента)*

(паспорт гражданина Российской Федерации серии \_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(наименование органа, выдавшего документ)*

зарегистрированный(-ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(ФИО пациента)*

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – «пациент»), в соответствии со статьей 26 Гражданского кодекса Российской Федерации, настоящим даю согласие на получение пациентом платных медицинских услуг в Автономной Некоммерческой Организации «Региональный Центр Высоких Медицинских Технологий» (ОГРН 1055406174482, ИНН 5406316156), находящейся по адресу: адрес: г. Новосибирск, ул. Фрунзе, д. 71/1, 3 этаж, офис 2, (далее – «Исполнитель»), в том числе на подписание пациентом с Исполнителем договора(-ов) на оказание платных медицинских услуг, дополнительных соглашений к ним, актов оказанных услуг, а также на оплату данных услуг, в том числе средствами законного представителя пациента.

Я осознаю возможную дополнительную финансовую ответственность законного представителя по обязательствам несовершеннолетнего, возникшим вследствие совершенных им сделок.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(подпись) (полное ФИО законного представителя)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.