**Согласие законного представителя на заключение договора на оказание платных медицинских услуг несовершеннолетним в возрасте от 15 до 18 лет**

\_\_\_\_\_\_\_\_2023г. г. Челябинск

Настоящим даю свое согласие **на совершение** моим несовершеннолетним(ей) сыном (дочерью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО несовершеннолетнего, дата рождения

сделки **оказание платных медицинских услуг**  на любых условиях по его усмотрению.

Мне разъяснено, что в соответствии с [п. 3 ст. 26](https://internet.garant.ru/#/document/10164072/entry/2603) Гражданского кодекса РФ несовершеннолетние в возрасте от пятнадцати до восемнадцати лет самостоятельно несут имущественную ответственность по совершенным ими сделкам.

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

подпись расшифровка подписи

*Свидетельствование подлинности подписи лица нотариально, либо лично (паспорт, св-во о рождении)*