

**Согласие родителя
на заключение договора на оказание платных медицинских услуг**

Я, _____
ФИО родителя

паспорт серия _____ номер _____, являясь законным
представителем своего несовершеннолетнего сына/дочери

ФИО ребенка, дата рождения

настоящим даю свое согласие на заключение моим ребенком договора на оказание платных медицинских услуг с ООО «Центр репродуктивного здоровья» и на совершение всех необходимых действий, связанных с исполнением данного договора (включая оплату услуг, если это предусмотрено условиями).

«_____» _____ 202__ г. _____/_____/