***СОГЛАСИЕ НА СОВЕРШЕНИЕ СДЕЛКИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМ***

 ***Уважаемые родители!***

***Во исполнение статьи 26 Гражданского кодекса РФ, просим Вас подписать настоящее согласие.***

*Обращаем Ваше внимание на то, что, несмотря на возможность ребенка с 14 лет самостоятельно подписать договор на оказание стоматологических услуг, он в большинстве случаев не может самостоятельно оценить необходимость тех или иных мероприятий в отношении его здоровья, не всегда может дать достоверную информацию о собственном здоровье, наличии заболеваний, которые могут оказать влияние на результат лечения. Поэтому на первичный прием мы советуем приходить вместе с ребенком.*

***СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ***

***на совершение сделки ребенком в возрасте 14-18 лет***

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

*Паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*являясь законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*настоящим даю согласие на подписание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_договора на оказание стоматологических услуг, а также на оплату данных услуг, в том числе средствами законного представителя.*

*Я осознаю дополнительную ответственности законного представителя по обязательствам лица, в возрасте 14-18 лет, возникшим на основе совершенных ими сделок.*

*Настоящее согласие является юридическим документом, составлено дееспособным лицом, в состоянии, позволяющем понимать значение своих действий и их последствия, при отсутствии принуждения с чьей бы то ни было стороны.*

*Законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*

*«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ года*

**ДОВЕРЕННОСТЬ**

**на представление интересов законного представителя ребенка, не достигшего 15 лет, в медицинских организациях**

**г. Кемерово «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 год**

***Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****, паспорт серии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*зарегистрированная (ный) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,*

*поручаю*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****, паспорт серии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, зарегистрирована (ан) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*представлять мои интересы в части сопровождения моего ребенка,*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, свидетельство о рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в медицинских организациях любых форм собственности по поводу получения моим ребенком медицинской помощи (услуг), а именно:*

*1. Подписывать от моего имени договор на оказание медицинских услуг моему ребенку.*

 *2. Принимать все решения относительно здоровья моего ребенка и подписывать добровольные информированные согласия на медицинские вмешательства.*

 *3. Подписывать и принимать решения об отказе от медицинских вмешательств.*

 *4. Оплачивать лечение из моих либо собственных средств.*

 *5. Получать полную и достоверную информацию о здоровье моего ребенка, как на приеме врачей, так и в виде копии медицинской документации, оригиналов медицинской документации и выписок из нее.*

*Доверенность выдана сроком на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год без права передоверия.*

*Подпись поверенного\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подтверждаю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

*Фамилия, имя отчество доверителя полностью:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Подпись доверителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*