**Приложение 1 к приказу № 20 ООО «КСТ-ДВ» «об утверждении форм документов по оказанию платных медицинских услуг» от 01.01.2017г.**

 **Утверждаю**

 **Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **В.А. Рыбкис 01.01.2017г.**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

 г. Хабаровск [дата оформления]

Я, гражданин(ка) [фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], дата рождения [дата рождения несовершеннолетнего], ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а).Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной ООО «Клиника современных технологий-ДВ».

Законный представитель:[подпись]