POLMED®

Согласие законного представителя несовершеннолетнего пациента на медицинские исследования или иные медицинские услуги

в присутствии фактического опекуна несовершеннолетнего пациента и на предоставление информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего

Я, нижеподписавшийся/аяся ..... Имя, фамилия ,

идентификационный номер ..... Номер , проживающий/ая по адресу ..... Адрес

..... Адрес ,

в качестве законного представителя несовершеннолетнего пациента

..... Имя, фамилия ,

идентификационный номер/дата рождения ..... Номер/дата рождения

заявляю, что выражаю согласие на проведение исследования или уделение другой медицинской услуги в присутствии опекуна ..... Имя, фамилия ,

идентификационный номер ..... Номер **, вышеупомянутого несовершеннолетнего пациента.**

☐ **согласие одноразовое** - укажите дату визита: ..... дата визита

☐ **согласие общее** - действует до момента отзыва законным представителем

..... Дата и подпись законного представителя