Согласие на предоставление платных медицинских услуг несовершеннолетнему в ООО Неостом

Я, _____,
полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)

являясь законным представителем несовершеннолетнего _____,
указать родство

даю свое согласие на предоставление платных медицинских услуг моему ребенку

_____,
полностью фамилия, имя, отчество ребенка (последнее – при наличии)

в ООО «Неостом» (стоматология «Улыбка») на сумму до 10 000 рублей, а также прилагаю копию свидетельства о рождении.

_____ /_____ / «_____» _____ 20_____ г.
ФИО законного представителя подпись дата подписания

Данное согласие должно быть выслано на электронную почту клиники «Улыбка»:
ulibkastom@mail.ru