



**ХИРУРГИЯ ГЛАЗА**  
ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА

*Здоровье Ваших глаз!*

ООО «Хирургия глаза» 156005, г. Кострома, ул. Осыпная 26, ОГРН 1134401012712, ИНН/КПП 4401146124/440101001  
ОКПО 10971986 р/с 40702810729000003257 в Костромском отделении №8640 ПАО Сбербанк к/с 30101810200000000623  
БИК 043469623 Лицензия на мед. деятельность №ЛО-44-01-000802 от 11.12.2015 г.  
т/ф +7(4942)496-800, e-mail: info@eyeapple.ru www.eyeapple.ru

Приложение  
к приказу от 27 июня 2019 г. № 13

Главному врачу  
ООО «Хирургия глаза» М.Г. Яблокову

от \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. представителя (родителя, усыновителя, попечителя))

### СОГЛАСИЕ

законного представителя (родителя, усыновителя или попечителя)  
на заключение несовершеннолетним в возрасте от 15 до 18 лет  
договоров на оказание платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_ ;  
зарегистрирован(а) \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ адресу:  
\_\_\_\_\_ ),

являясь законным представителем \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. несовершеннолетнего), \_\_\_\_\_ года рождения, на основании  
\_\_\_\_\_ (реквизиты свидетельства о  
рождении/документа об усыновлении/попечительстве) настоящим даю свое  
согласие на заключение между ООО «Хирургия глаза» и  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.  
несовершеннолетнего) договоров на оказание платных медицинских услуг в  
соответствии с требованиями п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса РФ.

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (И.О. Фамилия)  
(подпись)