**СОГЛАСИЕ**

**на заключение договора на оказание платных медицинских услуг**

Я, (Фамилия, Имя, Отчество, паспортные данные, адрес регистрации), являясь (отцом, матерью, попечителем) несовершеннолетнего (несовершеннолетней)

(Фамилия, Имя, Отчество, паспортные данные, адрес регистрации), на основании п.1 ст.26 ГК РФ, даю свое согласие на заключение им (ей) договора на оказание платных медицинских услуг с ООО «Диагностический Центр «Энерго», а также осознаю и несу свою дополнительную ответственность по обязательствам своего сына (своей дочери) (Фамилия, Имя, Отчество), возникшим на основе совершенных им(ей) сделок.

(Фамилия, Имя, Отчество) (Подпись)

(дата)