

**Согласие на заключение дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг\***

№ \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (далее - договор)

Я, \_\_\_\_\_  
*Фамилия, имя, отчество (если имеется) законного представителя Потребителя от 14 до 18 лет или гражданина*

Данные документа, удостоверяющего личность № \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
*(когда, кем)*

зарегистрирован по адресу \_\_\_\_\_,  
являюсь законным представителем Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет или гражданина, ограниченного судом в дееспособности, заключающего и подписывающего данное дополнительное соглашение от своего имени

\_\_\_\_\_ *Фамилия, имя, отчество (если имеется) Потребителя в возрасте от 14 до 18 лет или гражданина, ограниченного судом в дееспособности даю свое согласие на заключение Потребителем настоящего дополнительного соглашения к договору с Исполнителем - ООО «ЭрСпей» (ОГРН:1187325018561, ИНН:7321006590)*

Данные документа, подтверждающего права законного представителя Потребителя \_\_\_\_\_  
*указываются данные свидетельства о рождении*

\_\_\_\_\_ *несовершеннолетнего Потребителя, решения суда, документа органа опеки и попечительства или иного документа*

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /Телефон \_\_\_\_\_  
*ФИО законного представителя*

*\* Данное Согласие заполняется в соответствии со статьями 26,30 Гражданского кодекса РФ только в случае заключения и подписания Договора и дополнительного соглашения несовершеннолетним Потребителем в возрасте от 14 до 18 лет или Потребителем, ограниченным судом в дееспособности.*