

**Главному врачу ООО «МЦ «Здоровье»  
М.Н.Самохину**

от \_\_\_\_\_,

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. заявителя)

паспорт № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(когда и кем выдан)

\_\_\_\_\_ ,  
даю свое согласие на обследование и лечение моего несовершеннолетнего  
ребенка \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О., число, месяц и год рождения ребенка)

законным представителем которого я являюсь, в ООО “Медицинский центр  
“Здоровье”. При этом ребенка будет сопровождать: (Ф.И.О. и паспортные  
данные сопровождающего лица) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ .  
Данное сопровождающее лицо вправе расписываться за меня и совершать все  
действия, связанные с выполнением этого поручения.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(личная подпись заявителя)      (фамилия, и.о.)