

Начальнику медицинской службы
медицинского центра "Аква-Минск Клиника"
С.В.Денисовой

фамилия, собственное имя, отчество
(если таковое имеется)

число, месяц, год рождения

идентификационный номер (при наличии)

адрес по месту регистрации

адрес по месту пребывания (проживания)

контактный номер телефона

адрес электронной почты

ЗАЯВЛЕНИЕ

место составления

дата

Я, _____,
фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
являясь законным представителем _____
несовершеннолетнего

родитель, усыновитель
(удочеритель), опекун, попечитель

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), число, месяц, год рождения несовершеннолетнего
даю согласие на прием и лечение _____

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
несовершеннолетнего

без сопровождения законного представителя в медицинском центре
«Аква-Минск Клиника» _____, а также на оплату
несовершеннолетним

дата

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) несовершеннолетнего
оказанных ему/ей медицинских услуг.

В целях оказания _____

фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется)
несовершеннолетнего

медицинских услуг в медицинском центре «Аква-Минск Клиника» даю
согласие на обработку персональных данных.

подпись

инициалы, фамилия