

**СОГЛАСИЕ**  
**на сопровождение ребенка в ГБУЗ «ДСП № 43 ДЗМ»**

г. Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем выдан: \_\_\_\_\_

зарегистрирован(на) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ,  
ДОВЕРЯЮ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г.р. паспорт серия \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_ дата выдачи « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. кем  
выдан: \_\_\_\_\_

Зарегистрированной (ному) \_\_\_\_\_

Сопровождать моего несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

в медицинские организации государственной системы здравоохранения  
города Москвы, а также:

- получать справки, выписки, рецепты и иные документы;
- оплачивать оказание медицинской помощи, не входящей в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, из средств законного представителя либо из собственных средств;

Согласие выдано без права передоверия вышеуказанных полномочий сроком на три года с момента его подписания и действительно при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

Фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) полностью:

\_\_\_\_\_

День, месяц, год: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись родителя (законного представителя)