

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Главному врачу  
БУЗ ВО «Вологодский областной  
наркологический диспансер № 2»

Я, Иванов Иван Иванович,  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

законный представитель несовершеннолетнего Иванова Василия  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения)  
Ивановича, д. 04. 2004 г. р.

являющегося одной из сторон («Потребителем»/пациентом) договора оказания платных медицинских услуг № 0000 от «25» апреля 20 20 года, даю согласие моему ребенку Иванову Василию Ивановичу на заключение настоящего договора.  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Прошу в тексте указанного договора на оказание платных медицинских услуг сторону «Потребителя» (пациента/ребенка) считать равной стороне законного представителя.

Для возможности обработки данного уведомления даю БУЗ ВО «Вологодский областной наркологический диспансер № 2» согласие на обработку на средствах вычислительной техники, а также на бумажном носителе, моих персональных данных, а именно – персональных данных, удостоверяющих мою личность.

Образец подписи моего ребенка Иванова Василия Ивановича удостоверяю.  
(фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Образец подписи ребенка И.И.

«25» апреля 20 20 года Иванов (Иванов И.И.)  
подпись законного представителя расшифровка подписи