

Главному врачу КОГБУЗ "Слободская ЦРБ.
Калинину Анатолию Владимировичу

заявление.

Я, _____, проживающий (ая)
по адресу: _____,
паспорт _____ выдан _____,
_____ года рождения,

даю свое согласие на сопровождение моего несовершеннолетнего ребенка в КОГБУЗ
«Слободская ЦРБ» с правом подписания информированного добровольного согласия на
медицинское вмешательство и/или на отказ от медицинского вмешательства (ст. 20
Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в
Российской Федерации")

_____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего)
_____ года рождения, зарегистрированного по адресу:

на период
с «___» _____ г. по «___» _____ г.
(при амбулаторном лечении указать период, но не более 1 года)

с «___» _____ г. на период стационарного лечения
(при стационарном лечении)

_____ (Ф.И.О. сопровождающего лица)
_____ года рождения, проживающего по адресу: _____
_____, паспорт _____
выдан _____

_____/_____/_____
Подпись расшифровка

«___» _____ г.