

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ  
ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «ЮНИЛАБ-  
ВЛАДИВОСТОК»

Адрес: 690091, г. Владивосток, ул. Пологая, 66 – 203  
ИНН 2536130291  
от (ФИО законного представителя)

Адрес: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на совершение сделки несовершеннолетним**

**в возрасте от 15 до 18 лет**

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)

паспорт \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи наименование выдавшего органа)

зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_,  
являясь законным представителем \_\_\_\_\_  
(ФИО)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного(-ую) по адресу:  
\_\_\_\_\_

даю свое согласие на заключение между Обществом с ограниченной ответственностью «ЮНИЛАБ-  
ВЛАДИВОСТОК» и \_\_\_\_\_  
(ФИО несовершеннолетнего)

договора оказания платных медицинских услуг в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса  
Российской Федерации и последующих приложений к нему. Настоящее согласие действует бессрочно.

\_\_\_\_\_  
(ФИО законного представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ г.  
(дата)