**Заместителю главного врача по ОМО Зорин Н.А.**

**от**

**прожив. по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**З А Я В Л Е Н И Е**

Я,(Ф.И.О. заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пас-
порт № выдан « » 200 г. кем

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю свое согласие на обсле-
дование и лечение моего несовершеннолетнего ребенка (Ф.И.О., число,
месяц и год рождения ребенка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законным представителем которого я являюсь, в КГБУЗ КККЦОМД. При этом ребенка будет сопровождать: (Ф.и.о. и паспортные данные со-
провождающего лица)

Данное сопровождающее лицо вправе расписываться за меня и совершать
все действия, связанные с выполнением этого поручения.

« » 200 г . / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (личная подпись заявителя) (фамилия, и.о.)

Примечание: заявление заполняется собственноручно.