**Согласие на госпитализацию**

несовершеннолетнего по медицинским показаниям в медицинскую организацию,

находящуюся за пределами туристической базы «Кама».

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

законный представитель (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель - подчеркнуть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

даю информированное добровольное согласие на госпитализацию несовершеннолетнего \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. несовершеннолетнего до 15 лет, несовершеннолетнего в возрасте старше 15 лет)

родителем/законным представителем которого я являюсь, по медицинским показаниям в медицинскую организацию, находящуюся за пределами туристической базы «Кама» (далее – Лагерь) для оказания первичной медико-санитарной помощи  
и специализированной медицинской помощи.

Настоящее согласие действует на время пребывания моего ребёнка в Лагере.  
Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Лагеря по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручён лично  
под расписку представителю Лагеря.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)