Директору ООО «ТЛК Медицина»

Школиной Антонины Алексеевны

от (ФИО законного представителя)

Паспорт серия номер, дата выдачи, орган выдачи

Даю согласие на заключение договора на консультацию/обследование своей дочери/своему сыну (ФИО ребенка, дата рождения).

Дата подпись /расшифровка подписи/