

Заявление Заказчика (Законного Представителя) Пациента о принятии условий Договора ООО «Аль Денте» на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг в редакции от 01.11.2024.

Я, _____

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

дата рождения _____

Паспорт (иное удост. личности) _____ выдан _____ " _____ " _____ 20 г.

Телефон для связи: _____ электронная почта _____

являясь **Заказчиком(Законным Представителем Пациента)** медицинских услуг

ненужное зачеркнуть

в отношении Пациента:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) Пациента

дата рождения _____

Паспорт (иное удост. личности) _____ выдан _____ " _____ " _____ 20 г.

Адрес: _____

заявляю, что **ознакомлен** с Офертой Договора ООО «Аль Денте» на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, прейскурантом (прайс - листом) Клиники, режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения в Клинике, а также с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными действующим законодательством РФ, **согласен и принимаю** все положения и пункты данного Договора, предоставляю Информированное добровольное **согласие** на виды медицинских вмешательств в соответствии ст.20 ФЗ №323 РФ.

Дата _____ / _____ /
подпись Заказчика/Представителя Пациента _____ расшифровка подписи _____

заявляю, что **ознакомлен** с Приложением 3 Договора и **предоставляю согласие** ООО «Аль Денте» на обработку персональных данных согласно ФЗ №152 РФ, в т.ч. обработку сведений составляющих врачебную тайну.

Дата _____ / _____ /
подпись Заказчика/Представителя Пациента _____ расшифровка подписи _____

*-данные предоставлены без предъявления удостоверения личности

Генеральный директор ООО «Аль Денте» _____ /Бельбакова Н.В./

М.П.