Приложение 1 к Договору на оказание платных медицинских услуг редакция от 01.11.2024

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

Я, _____ дата рождения _____
Фамилия, Имя, Отчество (при наличии)

Паспорт (иное удост. личности) _____ выдан _____

дата выдачи _____ 20 г.

Адрес: _____

СНИЛС: _____ Телефон для связи: _____ Электронная почта: _____

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, Порядком осуществления приема, а также с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными действующим законодательством РФ, **согласен** и **принимаю** все положения и пункты данного Договора и Приложений к нему, **соглашаюсь**, что, **не** предоставляя достоверные данные СНИЛС, автоматически отказываюсь от передачи соответствующих данных в ЕГИСЗ РФ:

_____ ✓ _____ /_____/
Дата Подпись Пациента Расшифровка подписи

ознакомлен с Политикой Конфиденциальности и обработки Персональных данных и 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 Пациента Расшифровка подписи

ознакомлен с информацией о предстоящем лечении в определенную дату определенным врачом в ООО «Аль Денте» и
✓ выдаю / не выдаю свое Информированное Добровольное Согласие на соответствующее медицинское
ненужное зачеркнуть
вмешательство согласно ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Данное ИДС с реквизитами лечащего врача мною получено.

_____ ✓ _____ /_____/
Дата Подпись Пациента Расшифровка подписи

Повторные приемы:

ознакомлен с информацией о предстоящем лечении в определенную дату определенным врачом в ООО «Аль Денте» и
✓ выдаю / не выдаю свое Информированное Добровольное Согласие на соответствующее медицинское
ненужное зачеркнуть
вмешательство согласно ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Данное ИДС с реквизитами лечащего врача мною получено.

_____ ✓ _____ /_____/
Дата Подпись Пациента Расшифровка подписи

ознакомлен с информацией о предстоящем лечении в определенную дату определенным врачом в ООО «Аль Денте» и
✓ выдаю / не выдаю свое Информированное Добровольное Согласие на соответствующее медицинское
ненужное зачеркнуть
вмешательство согласно ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Данное ИДС с реквизитами лечащего врача мною получено.

_____ ✓ _____ /_____/
Дата Подпись Пациента Расшифровка подписи

---

*- данные предоставлены без предъявления удостоверения личности

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

М.П.