

Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский лечебно-диагностический центр "Евгения", ОГРН: 1022800512811, включено в Единый государственный реестр юридических лиц 03.09.2002г. Межрайонной инспекцией ФНС России №1 по Амурской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Загорной Е.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и ФИО пациента, дата рождения: _____, проживающий(ая) по адресу: _____, тел. _____, Паспорт гражданина России серия _____ номер _____ выдан _____, именуемый в дальнейшей «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1 Исполнитель обязуется оказать «Пациенту» («Законному представителю пациента») медицинские услуги, на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01123-28/00362104 от 25 декабря 2019 г., выданной министерством здравоохранения Амурской области, находящимся по адресу: 675083, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Воронкова 26/2, тел. 49-60-96, на осуществление медицинской деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; гистологии, лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; терапии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (без репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; нефрологии; онкологии; оториноларингологии; офтальмологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; профпатологии; психиатрии; психотерапии; психиатрии-наркологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; пульмонологии, нейрохирургии, урологии, эпидемиологии, ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии; неврологии; нефрологии; рентгенологии; эндокринологии, рефлексотерапии, психотерапии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; мануальной терапии, физиотерапии; при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешаемым на территории Российской Федерации, а «Пациент» («Законный представитель пациента») добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг и сроки их оказания указываются в Смете, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора, которая оформляется при каждом обращении к Исполнителю за получением медицинской услуги.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых «Исполнителем», содержатся в Прейскуранте, действующем на момент получения Пациентом медицинской услуги. Действующий Прейскурант доводится до сведения Пациента («Законный представитель пациента») путем размещения на информационном стенде Исполнителя, официальном сайте Исполнителя <https://evmd.ru/>.

В момент подписания настоящего Договора, а также оказания конкретной медицинской услуги «Пациент» («Законный представитель пациента») ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, «Прейскурантом» «Исполнителя», понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

1.3. При заключении настоящего договора Пациент («Законный представитель пациента») в доступной форме проинформирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

✓ _____/_____/.

подпись расшифровка подписи

1.4. «Пациент» («Законный представитель пациента») при заключении настоящего Договора уведомлен об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента. Несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Пациента».

✓ _____/_____/.

подпись расшифровка подписи

1.5. Медицинские услуги предоставляются «Исполнителем» при наличии информированного согласия «Пациента» («Законного представителя пациента»)(Приложение № 1 к настоящему Договору)в срок установленный Сметой на предоставление платных медицинских услуг (Приложение №2 к настоящему Договору).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. «Пациент» («Законный представитель пациента») имеет право:

- 2.1.1. Ознакомиться с Прейскурантом, лицензией и иными документами, на основании которых действует «Исполнитель».
- 2.1.2. Получать от «Исполнителя» в печатном или электронном виде (по желанию «Пациента») копии заключений, диагностических исследований, результатов анализов.
- 2.1.3.В любой момент отказаться от медицинской услуги (в письменном виде) при условии оплаты «Исполнителю» стоимости фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

2.2. «Пациент» («Законный представитель пациента») обязуется:

- 2.2.1. Сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него заболеваний, в том числе хронических, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, употреблении постоянно или в текущий момент каких-либо лекарственных препаратов, а также любую другую информацию, связанную с индивидуальными особенностями самочувствия и состояния здоровья «Пациента».
- 2.2.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать представленные «Исполнителем» медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.2.3. Соблюдать правила оказания медицинских услуг «Исполнителя», правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.
- 2.2.4. Выполнять все требования, рекомендации и назначения лечащего врача.
- 2.2.5. Сообщать лечащему врачу при личной встрече, по телефону или по электронной почте о любых изменениях в состоянии здоровья, осложнениях или иных отклонениях в самочувствии, возникших в процессе лечения на протяжении всего периода оказания медицинских услуг.
- 2.2.6. Согласовывать с лечащим врачом употребление любых лекарств, лекарственных трав, мазей, пищевых добавок и т.д.

2.3.«Исполнитель» имеет право:

- 2.3.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.3.2. Получать информацию от «Пациента» («Законного представителя пациента») до оказания медицинской услуги о состоянии его здоровья, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.
- 2.3.3. Отсрочить оказание платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у «Пациента».
- 2.3.4. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья «Пациента».
- 2.3.5. Рекомендовать «Пациенту» дополнительные консультативные и диагностические услуги, если «Исполнитель» сочтет, что выполнение данных рекомендаций позволит повысить эффективность диагностики возможных заболеваний «Пациента».
- 2.3.6. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни «Пациента», самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи безвозмездно, при наличии возможности, уведомив об этом Пациента.
- 2.3.7. Отсрочить оказание платных медицинских услуг «Пациенту», находящемуся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, а также в случае осуществления «Пациентом» действий, нарушающих санитарно-эпидемиологический режим, угрожающий жизни и здоровью персонала или имуществу «Исполнителя».
- 2.3.8. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей, при наличии у последних лицензии на осуществление медицинской деятельности.
- 2.3.9. Требовать от «Пациента» («Законного представителя пациента») соблюдения назначений лечащего врача и других предписаний;
- 2.3.10. Приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении «Пациентом» («Законным представителем пациента») рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, связанных с оказанием медицинской услуги.
- 2.3.11. Использовать результаты, описание хода консультирования и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Пациента, достаточных для его идентификации с согласия Пациента.
- 2.3.12. Исполнитель привлекает для оказания Пациенту медицинских услуг в области лабораторной диагностики контрагентов, при этом Исполнитель гарантирует координацию действий медицинского персонала, обеспечивает получение и предоставление полноценной и достоверной информации о ходе обследования и лечения.
- 2.3.13. Осуществлять фото и видео фиксацию процесса и результатов лечения (с хранением), с согласия "Пациента", в целях контроля за лечебным процессом, с соблюдением конфиденциальности и врачебной тайны.

2.4. «Исполнитель» обязуется:

- 2.4.1. В полном объеме информировать «Пациента» («Законного представителя пациента») о предлагаемых услугах и методах диагностики, обеспечить «Пациента» («Законного представителя пациента») в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) ООО «Евгения».
- 2.4.3. Вести первичную медицинскую документацию (медицинскую карту) по установленной МЗ РФ форме, вносить в нее все сведения, полученные от «Пациента» («Законного представителя пациента») согласно п.2.2.1, а также результаты медицинских исследований, назначений и рекомендации лечащего врача. Медицинская карта «Пациента» находится постоянно у «Исполнителя», хранится в регистратуре и является его собственностью.

2.4.4. Предупредить «Пациента» («Законного представителя пациента») в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, оказывать данные услуги только с письменного согласия «Пациента» («Законного представителя пациента»)

2.4.5. Оказывать услуги по месту своего нахождения –ООО «Евгения», 675000, Амурская область, г.Благовещенск, ул. Островского, д. 20/4, ул. Островского, д. 20/2

2.4.6. По итогам оказания медицинской услуги «Пациенту» («Законному представителю пациента») выдается медицинское заключение или иные документы (результаты анализов, исследований, R-снимки). В случае необходимости получения «Пациентом» («Законным представителем пациента») копий заключений, выписок из медицинской документации, выдача их производится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.07.2020 N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»

3. Стоимость услуг и порядок расчётов

3.1. Оплата медицинских услуг осуществляется «Пациентом» («Законным представителем пациента») в день начала или при завершении медицинской услуги (по желанию «Пациента» или «Законного представителя пациента»), путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя», также в качестве средства оплаты медицинских услуг «Исполнитель» принимает платежные карты.

3.2. «Пациент» («Законный представитель пациента») оплачивает стоимость медицинских услуг «Исполнителю» в соответствии с действующим на момент оказания услуг «Прейскурантом», данные услуги НДС не облагаются, согласно ст.149 НК РФ. Получение медицинских услуг «Пациентом» означает его согласие с действующим «Прейскурантом» «Исполнителя».

3.3. Датой оплаты «Пациентом» медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет «Исполнителя» или день внесения денежных средств в кассу.

4. Ответственность Сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Стороны освобождаются от ответственности за ненадлежащее исполнение обязательств, если докажут, что их ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным обстоятельствам, предусмотренным законом.

5. Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения «Пациента» («Законного представителя пациента») за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и дальнейшем консультировании.

5.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия «Пациента» или его «Законного представителя» допускается в случаях, установленных ст. 13 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6. Срок действия, изменение и прекращение договора

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами, заключается на неопределенный срок и является основанием для оказания медицинских услуг «Исполнителем».

6.2. Любые изменения и/или дополнения к настоящему Договору действительны, если они совершены в письменной форме и подписаны другой стороной.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах (в трех экземплярах, при наличии Заказчика), которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

7. Дополнительные условия

7.1. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных «Пациентом» («Законным представителем пациента») самостоятельно, при расчете стоимости в счет оказанных медицинских услуг не включается.

7.2. Согласие «Пациента» («Законного представителя пациента») на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Пациента на оплату этой услуги.

7.3. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

8. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

8.1. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если частичное неисполнение будет являться следствием таких обстоятельств, как военные действия, землетрясения, пожар, наводнение и другие стихийные бедствия, блокада, забастовки, а также принятие органом государственной власти, управления решения, повлекшего невозможность исполнения Договора. При этом срок исполнения обязательств по настоящему Договору отодвигается соразмерно времени действия таких обстоятельств. Сторона, для которой создавалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно в письменном виде известить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств. Действие данных обстоятельств должно быть подтверждено документально соответствующей компетентной организацией или государственным органом. Если наступившие обстоятельства, перечисленные в п.8.1., и их последствия продолжают действовать более 2 (двух) месяцев, Стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения настоящего Договора, либо его расторжения.

9. Прочие условия

9.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

9.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10. Реквизиты сторон

Пациент: ФИО

Паспорт гражданина России серия _____ номер _____,
выдан _____

Адрес: _____
тел. _____



Исполнитель:

ООО "Медицинский лечебно-диагностический центр "Евгения"

Адрес местонахождения: 675000, Амурская область, г.

Благовещенск, ул. Островского, 20/4, ул. Островского, 20/2

ИНН 2801084045 /КПП 280101001, ОГРН: 1022800512811

БАНК: р/с № 40702810408260001010

в филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)

К/с 30101810145250000411,

БИК 044525411

Код по ОКНХ 91514, ОКПО 57606900

Телефон : +7 (4162) 23-03-03

Генеральный директор

Загорная Е.А. _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при оказании платных медицинских услуг

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« » _____ г. рождения, проживающего по адресу:

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств мне (представляемому) осмотр, опрос, неинвазивные исследования, в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский лечебно-диагностический центр "Евгения"**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником **главной медицинской сестрой Топорковой Аленой Валерьевной**

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". - извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение назначенного режима лечения, рекомендаций медицинских работников, предоставляющих платную медицинскую услугу, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

- ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- ознакомлен (ознакомлена) с распорядком работы учреждения, правилами внутреннего распорядка и правилами оказания платных медицинских услуг, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- даю разрешение на осуществление фото и видео фиксации процесса и результатов лечения (с хранением, без распространения), в целях контроля за лечебным процессом, с соблюдением конфиденциальности и врачебной тайны.

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с **пунктом 5 части 5 статьи 19** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)



_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество медицинского работника)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, ФИО, дата рождения: _____, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Евгения» (далее – Оператор) моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания/регистрации, контактный телефон, СНИЛС, документ удостоверяющий личность, данные о состоянии моего/представляемого здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне/представляемому медицинской помощи я предоставляю право медицинскому работнику передавать мои/представляемого персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, чьим законным представителем я являюсь) обследования и лечения, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои/представляемого персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Срок хранения моих/представляемого персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих/представляемого персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ ✓ _____

(дата)

от _____

(Ф.И.О. законного представителя (родителя,
усыновителя, попечителя))

адрес: _____,

телефон: _____, факс: _____,

адрес электронной почты: _____

Согласие законного представителя несовершеннолетнего (от 15 до 18 лет) на заключение им договора на оказание платных медицинских услуг в ООО «Евгения»

Я, _____ (Ф.И.О. законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя)), паспорт серии _____ N _____, выдан "___" _____ г. _____, зарегистрирован по адресу: _____, как законный представитель _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего), "___" _____ г. р., паспорт серии _____ N _____, выдан "___" _____ г. _____, зарегистрирован _____ по адресу: _____, на основании _____ (свидетельства о рождении, свидетельства об усыновлении, документа об опекуновстве и попечительстве – указать нужное) даю свое согласие на заключение договора на оказание медицинских услуг между _____ (Ф.И.О. несовершеннолетнего) и ООО «Медицинский лечебно-диагностический центр «Евгения» в соответствии с п. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации.

"___" _____ г.

_____/_____ (подпись законного представителя)