

УВЕДОМЛЕНИЕ

Настоящим уведомляем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

Пациент: _____
(ФИО полностью) (подпись)

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № 1

(ФИО полностью; дата рождения;

адрес регистрации/проживания;

реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия, номер, когда и кем выдан, КПП; СНИЛС

контактный телефон; адрес электронной почты (при наличии)

далее по тексту Заказчик, принимает от ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» Оферту № 1 о заключении Договора на оказание платных медицинских услуг от 01.09.2023 г., в соответствии с которой ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» обязуется оказать медицинские услуги следующему лицу*:

(ФИО полностью; дата рождения;

адрес регистрации/проживания;

реквизиты свидетельства о рождении/документа, удостоверяющего личность: серия, номер, когда и кем выдан, КПП; СНИЛС

контактный телефон (при наличии); адрес электронной почты (при наличии)

Заказчик осведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий РФ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, Прейскурантом ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ», режимом работы, Положениями об организации первичной медико-санитарной помощи, специализированной и скорой медицинской помощи в ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ» Правилами внутреннего распорядка и поведения для пациентов, сопровождающих их лиц, иных посетителей и сотрудников ООО «МОЯ СТОМАТОЛОГИЯ», экземпляр Оферты на руки получил.

«__» _____ 2023

(подпись)

* **НЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ**, если Заказчик и Пациент одно лицо