

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, «___» _____ года рождения, (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»

настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация 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 (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(сна) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

Я ознакомлен(а), что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в медицинских организациях.

В соответствии с п.24 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 г. до подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом медицинской организации ООО «Лазер Клиник Запад», действующим на дату заключения договора; уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись)

(ФИО Пациента/законного представителя)

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. _____

«___» _____ 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Запад», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Суцупиной Ольги Геннадьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1193668027508), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

Заказчик (лицо, приобретающее услугу для пациента)	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Пациент (Потребитель)	Паспортные данные \Свидетельство о рождении Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Законный представитель (заполняется для не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»))	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

1. Заказчик (либо Пациент) поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Пациенту с его добровольного согласия на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги) в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг в объеме и на условиях, оговоренных в настоящем договоре, и выполнять требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг

2. Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица за основным государственным регистрационным номером (ОГРН 1193668027508), поставлен на учет в налоговом органе в соответствии с Налоговым кодексом РФ в Управление Федеральной налоговой службы по Республике Калмыкия, а также на основании действующей лицензии № Л041-01126-23/00367968 от 03.12.2021 г., срок действия – бессрочно, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края по адресу: (ул. Коммунаров, 276/1, Центральный внутригородской округ, микрорайон Центральный, Краснодар (этаж 1, 5, 7), тел. +7 (861) 206-04-73) на осуществление медицинской деятельности и разрешающей выполнение следующих работ и услуг по следующим адресам:

- 350062, Краснодарский край, г. Краснодар, Прикубанский округ, ул. Яна Полуяна- ул. Им. Архитектора Ишунина, д.51/1, нежилое помещение 210/210/1,210/2, лит. А
- 350901, Краснодарский край, г. Краснодар, Прикубанский внутригородской округ, ул. 1-го Мая, д. 186, пом. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 1 этажа здания литер А, помещения № 2, 3, 4, 5;
- 353924, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Южная, д. 9, пом. 5
- 350901, Краснодарский край, городской округ город Краснодар, г. Краснодар, ул.им. Героя Георгия Бочарникова, 1, пом. 11, 12, 13, 14
- 353445, Краснодарский край, Анапский район, г. Анапа, ул. Крестьянская, д. 27, корп. 1, пом. 264;
- 350016, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. им. Петра Метальникова, д. 28, помещение 31,32, 33;
- 350088, Краснодарский край, г. Краснодар, Карасунский округ, ул. Сормовская, д. 122, нежилые помещения 1 этажа, №№ 16-25, литер А;
- 350089, Краснодарский край, г. Краснодар, Западный внутригородской округ, проспект Чекистов, д. 38, пом. 396.;
- 350053, Краснодарский край, городской округ город Краснодар, город Краснодар, ул. Западный Обход, дом 39/2, корпус № 7, пом. 257, 258, 259, 260;
- 358000, Республика Калмыкия, г. Элиста, ул. А.С.Пушкина, д. 38, пом. 1-8 (Кабинет);
- 394036, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Никитинская, д. 21, пом. IV, назначение: нежилое, наименование: нежилое встроенное помещение IV в лит. А, Этаж № 1;
- 355042, Ставропольский край, г. Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ, 24 а, помещение 29, 30, 31, 32, 33, 34
- 344002, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Большая Садовая, д. 63, бывшая кв. 1.
- 443013, Самарская область, Ленинский район, г. Самара, Московское шоссе, д. лит. Б, 1 этаж, нежилое помещение н3, поз. №№ 7, 12

3. Перечень работ (услуг): при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): **при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** косметологии; дерматовенерологии; **при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:** медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии

4. Перечень и объем платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту в соответствии с настоящим договором, согласовываются в Приложениях, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора.

5. Сроки ожидания начала предоставления медицинских услуг, а также сроки непосредственного предоставления медицинских услуг определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ, графика работы Исполнителя и медицинских работников.

6. Правила оказания платных медицинских услуг, Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО «Лазер Клиник Запад» (далее – Правила), утвержденные Исполнителем являются неотъемлемой частью настоящего Договора и содержат обязательные для Сторон условия в редакции, действующей на момент оказания услуг. Изменения в Правила вносятся Исполнителем в одностороннем порядке. Действующая редакция Правил размещается на стойках регистратуры Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: <https://lasclinic.ru>

7. Заказчик (Пациент) оплачивает медицинские услуги по Прейскуранту, утвержденному Исполнителем, Ознакомление с Прейскурантом возможно непосредственно по адресу предоставления услуг Исполнителя, а также на интернет-сайте Исполнителя по адресу <https://lasclinic.ru>. Прейскурант является неотъемлемой частью Договора.

8. Расчёты за предоставленные медицинские услуги проводятся Заказчиком (Пациентом) в полном объёме после их предоставления в срок, не позднее дня получения услуги либо с согласия Заказчика (Пациента) при заключении договора в полном размере или путем оплаты аванса. Исполнитель по факту

оказания медицинских услуг, не позднее дня оказания услуг, предоставляет Заказчику (Пациенту) Дополнительное соглашение, содержащее общую сумму оказанных медицинских услуг на дату обращения. Стороны согласовали, что дополнительное соглашение является одновременно актом приема-передачи оказанных услуг.

9. Оплата услуг осуществляется Заказчиком (Пациентом) в рублях путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя любым доступным способом либо внесением наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

10. Заказчику (Пациенту) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

11. Если в процессе оказания услуг выявилась необходимость выполнения дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия Пациента на основании заключенной сторонами Дополнительного соглашения к Договору. Оплата дополнительных медицинских услуг осуществляется в порядке, предусмотренном п. 8 настоящего договора.

12. Пациент соглашается с тем, что платные медицинские услуги могут предоставляться ему в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

13. Общая сумма договора определяется исходя из фактического объема оказанных услуг.

14. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

15. Подписанием настоящего договора Заказчик (Пациент) подтверждает факт ознакомления и согласия со следующими обстоятельствами:

15.1. услуги выбраны им добровольно без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом. Заказчик (Пациент) осознает, что может получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

15.2. запланированный результат лечения может не наступить в связи с наличием (изменением) состояния организма, которое нельзя было выявить или предсказать до начала оказания услуг (биологические особенности организма);

15.3. как во время оказания услуг, так и после их оказания, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, связанные с общими заболеваниями, состояниями, имеющимися у Пациента, а также с индивидуальными особенностями организма и естественными процессами старения;

15.4. виды выбранных платных медицинских услуг и приобретение расходных материалов согласованы с врачом;

16. Пациент информирован о том, что имеет право отказаться от медицинского вмешательства.

17. Пациенту в доступной форме предоставлена следующая информация: - порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;- информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;- информация о возможности получения данных видов медицинской помощи в учреждениях здравоохранения, обеспечивающих реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе в учреждениях здравоохранения - другие сведения, относящиеся к предмету договора.

18. Исполнитель по обращению Пациента (Законного представителя) без взимания дополнительной платы выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги: копия Договора с дополнительными соглашениями к нему, справка об оплате медицинских услуг для предоставления в налоговые органы по установленной форме.

19. Если к моменту окончания предоставления конкретных медицинских услуг, указанных в Договоре, Пациент не предъявляет претензий к Исполнителю, услуга считается предоставленной в полном объеме.

20. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

21. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение, или ненадлежащее исполнение обязательств, в случае невыполнения Пациентом указаний и требований со стороны Исполнителя (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекращения лечения по инициативе Пациента и др.), а также по иным основаниям, предусмотренным законом. В период предоставления медицинских услуг Пациент обязан неукоснительно соблюдать режим лечения (в том числе определённый на период его временной нетрудоспособности), назначения, предписания, указания и рекомендации специалистов, а также являться на процедуры в установленное и согласованное с Исполнителем время.

22. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору (п. 3 ст. 401 ГК РФ).

23. Настоящий договор является рамочным договором по смыслу статьи 429.1 Гражданского Кодекса Российской Федерации. Дополнительное соглашение является по своей сути самостоятельным гражданско-правовым обязательством (договором). Неисполнение, ненадлежащее исполнение, расторжение или недействительность одного дополнительного соглашения не влияет на юридическую силу иных дополнительных соглашений и/или настоящего Договора.

24. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно до момента его расторжения по инициативе любой из сторон. Исполнитель имеет право приостановить оказание услуг по договору в случае возникновения задолженности по оплате предоставленных медицинских услуг на срок, превышающий 1 (один) календарный день.

25. Заказчик (Пациент) вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

26. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешены путем переговоров.

27. До предъявления иска, вытекающего из договора, сторона, которая считает, что ее права нарушены (далее — заинтересованная сторона), вправе направить другой стороне письменную претензию. Претензия должна содержать требования заинтересованной стороны и их обоснование с указанием нарушенных другой стороной норм законодательства и (или) условий договора. К претензии должны быть приложены копии документов, подтверждающих изложенные в них обстоятельства. Сторона, которая получила претензию, обязана ее рассмотреть и направить письменный мотивированный ответ другой стороне в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения претензии. Заинтересованная сторона вправе обратиться в суд по истечении 10 (Десяти) рабочих дней со дня направления претензии либо в случае, когда ответ на претензию от другой стороны был получен, но заинтересованная сторона по каким-либо причинам с ним не согласна.

28. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у пациента. В случае если договор заключается между пациентом и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

29. Пациент имеет право обратиться с иском в суд в порядке, установленном законодательством РФ, без соблюдения досудебного урегулирования разногласий.

30. Заказчик (Пациент) осведомлен и согласен с тем, что в помещениях Исполнителя, за исключением кабинетов и зон непосредственного оказания медицинских услуг, проводятся открытая и скрытая видеосъемка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения общего контроля безопасности, защиты прав персонала и пациентов, а также фиксации спорных ситуаций, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. Исполнитель гарантирует Пациенту, что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Исполнителя, не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории Исполнителя на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

31. Стороны договорились использовать факсимиле при заключении, изменении и расторжении настоящего договора, дополнительных соглашений и приложений к нему.

32. Подписи сторон:

От Исполнителя

/Генеральный директор Суцелина О. Г. /

От Заказчика/Пациента /Законного представителя

/

г. _____

«__» _____ 2026 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Запад», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Суцединой Ольги Геннадьевны, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1193668027508), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и

Заказчик (лицо, приобретающее услугу для пациента)	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Пациент (Потребитель)	Паспортные данные \Свидетельство о рождении Адрес регистрации Номер телефона e- mail
Законный представитель (заполняется для не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»))	Паспортные данные Адрес регистрации Номер телефона e- mail

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение, о нижеследующем:

№п/п	Наименование услуг	Дата	Кол-во услуг	Цена услуги (руб.) по прайс листу	Уменьшение цены (скидка %, бонусная система)	Итоговая стоимость услуги (руб)
1.						
2.						
Общая сумма _____						

Дополнительное соглашение может быть дополнено и изменено по согласованию с Пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями Дополнительного соглашения по медицинским показаниям лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

Стороны согласовали признать настоящее дополнительное соглашение имеет такую же юридическую силу, как и акт оказанных услуг, подтверждающий выполнение обязательств по настоящему соглашению. При этом отдельный Акт выполненных услуг в отношении услуг, указанных в данном Дополнительном соглашении, Сторонами не оформляется.

С дополнительным соглашением
ознакомлен(а) и согласен/(на): _____ / _____
(подпись) (ФИО Пациента/Заказчика)

Исполнитель: _____ Дата: _____
(подпись)

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство
(общее)**

Я, _____,
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения / Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
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: _____
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
даю информированное добровольное согласие ООО «Лазер Клиник Запад» на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации Общества с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Запад»

Медицинским работником _____
(ФИО)

_____ (должность 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 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".

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года 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 (при наличии) медицинского работника)

_____ Дата оформления

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
дата рождения _____ г., документ, подтверждающий личность: _____, серия _____ № _____,
_____ выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по адресу: _____

(заполняется законным представителем, на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан):

являясь законным представителем несовершеннолетнего/недееспособного лица _____

(ФИО несовершеннолетнего/ недееспособного лица)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Лазер Клиник Запад» (ОГРН 1193668027508 (далее - «Исполнитель»), моих/представляемого мною лица (нужное подчеркнуть) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес регистрации, адрес проживания, телефон, адрес электронной почты, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность); данные свидетельства о рождении; рост, вес; фото-видеозапись; файлы «Cookie» посетителей сайта, сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, результатах анализов; анамнезе; случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в том числе с применением телемедицинских технологий, при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Обработка вышеуказанных персональных данных будет осуществляться путем смешанной (автоматизированной, не автоматизированной) обработки персональных данных.

В процессе оказания Исполнителем мне/представляемому мною лицу медицинской услуги я предоставляю право Исполнителю, передавать мои/представляемого мною лица персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам, в интересах моего/представляемого мною лица обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими/представляемого мною лица персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои/представляемого мною лица персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои/представляемого мною лица персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

Срок хранения моих/представляемого мною лица персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной _____ 20____ г. и действует бессрочно.

Я представляю Оператору согласие осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона о дате и времени записи на прием к врачу, одноразового пароля для входа в Личный кабинет и иных сообщений организационно информационного характера. Срок обработки персональных данных ограничивается достижением заявленной цели.

Я оставляю за собой право отозвать данное согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской услуги.

☐ Настоящим даю согласие (отметить галочкой либо крестиком) в соответствии с п. 1 статьи 18 ФЗ от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» осуществлять отправку sms-сообщений на указанный мной номер телефона в целях поддержания связи со мной, информирования об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках, в том числе с использованием мессенджеров. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что я в любое время могу отозвать данное согласие на основании личного письменного заявления.

« _____ » _____ 202__ г. / _____ /

(подпись)

(ФИО пациента/законного представителя)