

Адрес места нахождения: Алтайский край, город Барнаул, улица Партизанская, дом 151, помещение Н2; адрес места осуществления деятельности: Алтайский край, город Барнаул, улица Партизанская, дом 151, помещение Н2; ОГРН 1182225032560 / ИНН 2225195987 от 24.09.2019 г выдано Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю, лицензия № ЛО-22-01-005273 от 15.03.2019 г. тел.: (3852) 23-66-23

**Договор на оказание медицинских услуг на платной основе № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

г. Барнаул «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г

Медицинская организация – ООО «Сахар» (ОГРН 1182225032560/ ИНН 2225195987 от 24.09.2019 г выдано Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю), именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Аверцевой Натальи Александровны, действующего на основании устава с одной стороны и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Определения**

"1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность."

**2. Предмет Договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (лицензия на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарный помощи в амбулаторных условиях по медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью № ЛО-22-01-005273 от 15.03.2019 (срок действия - бессрочно.)), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (уголок потребителя), действующему на момент заключения договора, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

2.1.4. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется согласно Приложения к договору на проведение процедуры.

2.2. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Заказчика с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

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

2.3. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.4. Срок предоставления медицинских услуг – 5 (пять) лет с момента подписания договора.

2.4.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора."

**3. Права и обязанности Сторон**

"3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику в пользу Потребителя платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. Сохранять врачебную тайну.

3.1.7. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательствах, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.8. Перед оказанием медицинских услуг медицинский работник Исполнителя обязан установить отсутствие противопоказаний для проведения медицинского вмешательства."

"3.1.9. Отказать Пациенту в оказании медицинской услуги, если у Пациента имеются острые воспалительные заболевания любой локализации.

3.1.10. После исполнения договора выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Ознакомить Потребителя с условиями настоящего Договора, оформив надлежащим образом Приложение № 1 к Договору, являющегося его неотъемлемой частью.

3.2.2.Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в подп. 2.1, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора после проведения процедуры.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или получения медицинских услуг.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Заботиться о сохранении своего здоровья и выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору, включая своевременное и полное прохождение Потребителем комплекса диагностических обследований, соблюдения графика приема врача, приема лекарственных средств и прохождения лечебных процедур.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.9. Оформить информированное согласие на медицинские услуги и медицинское вмешательство.

3.3.10. Ознакомиться с информацией о возможных (но не обязательных) осложнениях, связанных с оказываемыми услугами.

3.3.11. При отказе от соблюдения предписаний и требований врача подписать форму - письменный отказ.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получить консультацию по избранной им медицинской услуге, с медицинскими рекомендациями и противопоказаниями, а также связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.4.2. Ознакомиться с документацией Исполнителя, предоставляющей Исполнителю право на оказание услуг, предусмотренных п. 2.1. настоящего договора.

3.4.3. Отказаться от получения медицинской услуги в любой момент при условии оплаты расходов, фактически понесенных Исполнителем в целях оказания услуги, предусмотренной п. 2.1. настоящего договора."

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

"4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику (Потребителю) согласно подп. 2.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг.

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент обращения.

4.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

**5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности при возникновении непредвиденных обстоятельств и осложнений в случае обращения Пациента в период действия данного договора в другое медицинское учреждение, к другому лечащему врачу без согласования с Исполнителем.

5.6. В связи с тем, что осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология не может полностью их вероятность, Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований."

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**7. Заключительные положения**

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.1.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. При наличии множественности Потребителей Заказчик обеспечивает предоставление копий экземпляра настоящего Договора, заверенных надлежащим образом, всем Потребителям. В случае отказа Заказчика в предоставлении Потребителю копии договора, последний вправе получить копию Договора у Исполнителя, предварительно подтвердив отказ Заказчика в просьбе о получении копии Договора."

7.2. При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента) Заказчик (Пациент) обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача и/или директора Исполнителя. Все споры по договору Стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.3 Заказчик ознакомлен с полной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги (услуг) и условий ее предоставления, включая информацию, размещенную на интернет-сайте Исполнителя."

**8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон**

Исполнитель: ООО «Сахар»  
Юридический адрес: Алтайский край, город Барнаул, улица Партизанская, дом 151, помещение Н2

ИНН: 2225195987

ОГРН: 1182225032560

Лицензия № ЛО-22-01-005273

Директор: Аверцева Н.А.

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
м.п.

Потребитель:

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Заказчик:

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение к договору от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019

На оказание платных медицинских услуг

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

являющий(ая)ся Потребителем, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и осознаю возможность оказания мне аналогичных медицинских услуг в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
2. Я получил(а) исчерпывающую информацию по поводу оказываемой услуги:стоимость, методике оказания, сроках, количестве процедур.
3. Я поставила в известность врача (специалиста) обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарствах. Я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а так же, об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
4. Я ознакомлен(а)с медицинскими противопоказаниями, к которым относятся любые острые инфекционные заболевания различной этиологии; любые хронические заболевания в стадии обострения; заболевания крови и лимфосистемы, требующие диспансерного наблюдения; тромбофлебит; онкологические заболевания; психические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе наличие кардиостимулятора, гипертоническая болезнь 2-3 стадии, заболевания с нарушением ритма и проводимости, заболевания центральной нервной системы, сопровождающиеся гипертензивным синдромом; любые заболевания эндокринной системы с выраженными нарушениями функций.
5. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
6. Я ознакомлен с действующими прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним
7. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом (специалистом), и я даю согласие на их оплату.
8. Настоящее информационное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы об оказании платных медицинских услуг.
9. Я удостоверяю, что текст моего информационного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.
10. Даю согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Сахар», расположенному по адресу: Алтайский край, город Барнаул, улица Партизанская, дом 151, на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, местожительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работниках, оказавших медицинскую услугу.
11. 1Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. В случае если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.
12. Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных представляемого мною лица) в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) – двадцать пять лет.
13. Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

Законный представитель субъекта персональных данных\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на SMS - оповещения на личный сотовый телефон**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"Ознакомлен(а) с возможностью и согласен(а) получать информацию от ООО « Сахар» о сроках получения медицинской услуги Потребителем и сроках готовности диагностических результатов Потребителя, а также иную информацию о деятельности ООО «Сахар» в том числе об акциях и иных предложениях путем SMS - оповещения на телефон

№

Отказ от SMS – оповещения Заказчиком совершается в письменной форме

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ✓/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/