



Общество с ограниченной ответственностью «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ»

Тел.: +7 (812) 207 77 77

Сайт: <https://iclinic-med.ru/> E-mail: info@iclinic-mrt.ru

(ЛИЦЕНЗИЯ <ЛИЦЕНЗИЯ>)

выдана Комитетом по Здравоохранению Санкт-Петербурга, адрес: 191023, г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, тел.: +7 (812) 635-55-64)

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № <НОМЕР_ДОГОВОРА>

город Санкт-Петербург

<ДАТА>

Общество с ограниченной ответственностью «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ», расположенное по адресу: <ОРГАНИЗАЦИЯ_ЮРИДИЧЕСКИЙ_АДРЕС>, свидетельство ОГРН 1167847409432, дата присвоения 20.10.2016 г., ИНН 7819035545, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности <ЛИЦЕНЗИЯ>, в лице главного врача Мокшанцева Петра Сергеевича, действующего на основании доверенности от 10 ноября 2021 года, с одной стороны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и потребитель <ПАЦИЕНТ_ФИО_ПОЛНОЕ>, <ГОД_РОЖДЕНИЯ> года рождения, данные документа, удостоверяющего личность: паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ВЫДАН> <ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>, контактный телефон <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>, Зарегистрированный (-ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору или «Заказчик» в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Потребителя), с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (Далее – Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю следующие медицинские услуги: <УСЛУГИ> (далее по тексту Договора – «Услуги», или «Медицинские услуги»), в соответствии с настоящим Договором и действующим прейскурантом, расположенным на информационном стенде Исполнителя и сайте на <https://iclinic-med.ru/>, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

2.1. Услуги по настоящему Договору оказываются по адресам, указанным в Лицензии на осуществление медицинской деятельности № <ЛИЦЕНЗИЯ>, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя (Заказчика) путем размещения информации на информационном стенде Исполнителя и на сайте <https://iclinic-med.ru/>.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору осуществляется в порядке предварительной записи Потребителя (Заказчика) на прием к персоналу Исполнителя, посредством телефонной связи по номеру телефона: +7 (812) 207-77-77 или через администратора Исполнителя.

2.3. Потребитель (Заказчик) ознакомлен с действующим прейскурантом, расположенном на информационном стенде Исполнителя и на сайте <https://iclinic-med.ru/>, а также полной информацией о предоставляемых медицинских услугах.

2.4. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта условий настоящего Договора является подписание Потребителем (Заказчиком) настоящего Договора.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Потребителю (Заказчику) оказание медицинских услуг надлежащего качества квалифицированными специалистами в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи, перечнем медицинских услуг, указанным в лицензии и амбулаторной карте.

3.1.2. Информировать Потребителя (Заказчика) о предлагаемых методах профилактики, диагностики и лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.1.3. Использовать медицинские изделия и лекарственные средства, разрешенные к применению в Российской Федерации.

3.1.4. В случае возникновения у Потребителя (Заказчика), по вине Исполнителя осложнений в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, провести за свой счет лечение (в том числе повторную процедуру).

3.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Отказать Потребителю (Заказчику) в предоставлении услуг в случае, если тот безосновательно отказался от назначений/инструкций специалистов (врачей) Исполнителя, а также в случае отсутствия у Потребителя (Заказчика) медицинских показаний для оказания медицинской помощи.

3.2.2. Отказать Потребителю (Заказчику) в предоставлении услуг в случае его некорректного поведения по отношению к медицинским работникам Исполнителя, либо в случае нахождения Потребителя (Заказчика) в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

3.2.3. Отказать Потребителю (Заказчику) в предоставлении услуг в случае несвоевременной оплаты медицинских услуг.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Представить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, особенностях своего организма, а также иную информацию, необходимую для оказания медицинской услуги.

3.3.2. Ознакомиться и удостоверить личной подписью все необходимые документы, в том числе информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и согласие на обработку персональных данных.

3.3.3. Выполнять все медицинские рекомендации персонала Исполнителя по подготовке к проведению процедур и исследований.

3.3.4. Своевременно оплатить Исполнителю стоимость оказываемых медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

3.3.5. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от оказываемых медицинских услуг, при этом, в случае наличия предварительной записи, Потребитель (Заказчик) обязан уведомить Исполнителя об отказе от оказываемых медицинских услуг не позднее, чем за 1 (Один) день до начала оказания услуг. Заказчик вправе отказаться от получения услуг в иные сроки, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы.

3.3.6. Соблюдать правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.4. Потребитель (Заказчик) вправе:

3.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования или лечения, возможных и предполагаемых методах лечения, а также связанных с ними рисках и ожидаемых результатах; стоимости медицинских услуг, получать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об использовании при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Порядок и условия выдачи, указанных в настоящем пункте медицинских документов, определяются в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;

3.4.2. Разрешить работникам Исполнителя предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя (Заказчика) и/или стоимости лечения следующим лицам (Ф.И.О., контактный телефон):

4. РАЗМЕР, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Потребитель (Заказчик) проинформирован, что медицинская организация Исполнителя является частной коммерческой медицинской организацией. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (Заказчику) по настоящему Договору, тарифицируется соответствующими разделами прейскуранта, действующего на момент их оказания. Потребитель (Заказчик) уведомлен о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, в объеме, позволяющем принять осознанное решение о получении платных услуг по настоящему Договору.

4.2. Медицинские услуги, предоставленные Исполнителем, оплачиваются Потребителем (Заказчиком) в соответствии с прейскурантом, действующим на момент обращения Потребителя (Заказчика).

4.3. Окончательная стоимость оказанных услуг определяется в соответствии с клинической картиной и тарифицируются согласно действующему прейскуранту.

4.4. Сроки оказания услуг зависят от конкретного вида медицинской помощи. Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний и согласовывается с Потребителем (Заказчиком) путем внесения записи в медицинскую карту.

4.5. Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от Договора в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

4.6. Стоимость оказываемых по настоящему Договору медицинских услуг составляет <СУММА_ДОКУМЕНТА> (НДС не облагается на основании пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ).

4.7. Потребитель (Заказчик) оплачивает оказываемые медицинские услуги в день оказания услуг, непосредственно после оказания услуг, путем наличных или безналичных расчетов.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Неявка Потребителя (Заказчика) на исследование или опоздание на исследование более чем на 10 (Десять) минут расценивается Сторонами как отказ Потребителя (Заказчика) от оказания медицинских услуг.

5.3. В случае нарушения Потребителем (Заказчиком) п. 3.3.3 настоящего Договора, Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от настоящего Договора с возмещением понесенных им расходов в связи с исполнением настоящего Договора.

5.4. В случае невозможности оказания услуг по вине Потребителя (Заказчика), услуги подлежат оплате в полном объеме.

5.5. Исполнитель не несет ответственность за достоверность результатов исследований в случае нарушения Заказчиком правил подготовки к исследованиям, индивидуальных особенностей его организма, несообщения Исполнителю необходимых сведений о себе.

5.6. В случае невыполнения Потребителем (Заказчиком) рекомендаций и требований специалистов Клиники Исполнителя, а также предоставления Потребителем (Заказчиком) недостоверной информации, Исполнитель не несет ответственности за развитие возможных осложнений.

5.7. При длящихся процедурах оценка окончательного результата производится по истечению срока, предусмотренного методиками проведения процедур. При наличии претензий Потребитель (Заказчик) обязан лично явиться в клинику Исполнителя для оценки результата процедур либо письменно уведомить Исполнителя о таковых.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами своих обязательств. Договор может быть расторгнут, изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью.

6.2. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель, в случае подписания Потребителем (Заказчиком) Информированного добровольного согласия на передачу информации о состоянии здоровья Потребителя (Заказчика) в электронном виде, вправе направлять Потребителю (Заказчику) информацию о состоянии его здоровья посредством сети интернет на указанный Потребителем (Заказчиком) адрес электронной почты.

6.4. Настоящим, Потребитель (Заказчик) предоставляет свое согласие на получение информации об акциях, новых услугах и другую информацию на усмотрение специалистов Исполнителя по электронной почте и/или по телефону, в том числе в форме смс-сообщений на номер телефона, указанный в разделе 7 настоящего Договора, а также на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий.

6.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя. При несовпадении в одном лице Потребителя и Заказчика статуса законного представителя Потребителя, Договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя, третий – у Заказчика.

6.6. Стороны допускают использование факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного представителя Исполнителя с помощью средств механического или иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

6.7. Потребитель (Заказчик) проинформирован о режиме работы Исполнителя и порядке оказания платных медицинских услуг.

6.8. Подписание настоящего Договора со стороны Потребителя (Заказчика) свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

6.9. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (Заказчика). Также Потребитель (Заказчик) проинформирован и соглашается с тем, что результат лечения может отличаться от ожидаемого Потребителем (Заказчиком). Оценка достигнутого результата проводится по истечении восстановительного периода, который варьируется в зависимости от конкретной процедуры.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ»

Юридический адрес: г. Санкт-Петербург, г.
Петергоф, ул. Константиновская, д. 1, лит. А, пом.
1-Н, ч.п. 36

Почтовый адрес: 198510, Санкт-Петербург, г. Петергоф, ул.
Константиновская, д.1, лит.А, , пом. 1-Н, ч.п.36
ОГРН 1167847409432

ИНН 7819035545, КПП 781901001
АО БАНК "ПСКБ" г. Санкт-Петербург
Кор/счет 30101810000000000852
Расч./счет 40702810500000033484
БИК 044030852

Главный врач:

П. С. Мокшанцев

Потребитель:

ФИО: <ПАЦИЕНТ_ФИО>
Паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>,
выданный <ПАСПОРТ_ВЫДАН>
<ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>
Адрес регистрации: <ПАЦИЕНТ
_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
E-mail: <ПАЦИЕНТ_Email>
Контактный телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

Потребитель: /<ПАЦИЕНТ_ФИО>/

Заказчик:

ФИО: <ПАЦИЕНТ_ФИО>
Паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>,
выданный <ПАСПОРТ_ВЫДАН>
<ПАСПОРТ_ДАТА_ВЫДАЧИ>
Адрес регистрации:<ПАЦИЕНТ_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>
E-mail: <ПАЦИЕНТ_Email>
Контактный телефон: <ПАЦИЕНТ_ТЕЛЕФОН>

Заказчик: /<ПАЦИЕНТ_ФИО>/

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ГОД РОЖДЕНИЯ> года рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя) (дата рождения гражданина, либо законного представителя)
зарегистрированный (-ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
(адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)
проживающий (-ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ>
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ГОД РОЖДЕНИЯ> года рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения пациента при подписании законным представителем)
проживающий (-ая) по адресу:
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие 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. № 390н¹ (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 Обществе с ограниченной ответственностью «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ»

(полное наименование медицинской организации)

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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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. № 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)

При подписании Договора на оказание платных медицинских услуг № <НОМЕР_ДОГОВОРА> от <ДАТА> с ООО «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ» (далее – «Договор»), мне разъяснено и мною осознано следующее:

- Я ознакомлен (а) с распорядком работы и правилами обслуживания в ООО «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ» и обязуюсь их соблюдать.

- Добровольно доверяю врачу/среднему медицинскому персоналу проведение мне (лицу мной представляемому) медицинских вмешательств при оказании мне услуг, предусмотренных Договором.

- Я извещен (а) о том, что результаты диагностических исследований не являются диагнозом и могут быть интерпретированы только лечащим врачом или лицом, его замещающим.

- Я подтверждаю, что не имею в организме имплантатов внутреннего уха, нейростимуляторов, искусственных водителей ритма, инсулиновых насосов, искусственных сердечных клапанов, протезов конечностей и зубных протезов из ферромагнитных материалов, металлических зажимов на сосудах, каких-либо иных металлических инородных тел.

- Я обязан (а) предупредить персонал диагностического центра о беременности, наличии внутриматочной спирали, зубных коронок, пирсинга, металлических нитей, татуировок на коже и т.п.

- Я проинформирован (а) о возможной необходимости внутривенного введения контрастного вещества, о вероятных осложнениях при проведении исследования и введении контрастного вещества, о возможных последствиях введения контрастного вещества для моего здоровья, а также медицинских мероприятиях, которые могут быть следствием развития подобных осложнений.

- Я подтверждаю, что полностью сообщил (а) сведения о моих (лица мною представляемого) наследственных и перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, приеме лекарств, профессиональных вредностях, вредных привычках.

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

Дата: <ДАТА>

(подпись)

/<ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ> /

(Фамилия, И.О. гражданина, либо законного представителя)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 24082.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, субъект персональных данных: <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ГОД РОЖДЕНИЯ> года рождения,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, либо законного представителя) (дата рождения гражданина, либо законного представителя)

основной документ, удостоверяющий личность: паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан
<ПАСПОРТ ВЫДАН> <ПАСПОРТ ДАТА ВЫДАЧИ>

зарегистрированного (-ой) по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
(адрес регистрации гражданина, либо законного представителя)

в лице представителя субъекта персональных данных <ПАЦИЕНТ ФИО ПОЛНОЕ>, <ГОД РОЖДЕНИЯ> года рождения,
(заполняется в случае получения согласия от представителя субъекта персональных данных)

основной документ, удостоверяющий личность: паспорт <ПАСПОРТ_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_НОМЕР>, выдан
<ПАСПОРТ ВЫДАН> <ПАСПОРТ ДАТА ВЫДАЧИ>

зарегистрированного (-ой) по адресу: <ПАЦИЕНТ АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ>
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

_____ (реквизиты доверенности или иного документа, подтверждающего полномочия представителя), в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие на обработку своих персональных данных ООО «АЙ-КЛИНИК ПЕТЕРГОФ», расположенному по адресу: г. Санкт-Петербург, г. Петергоф, ул. Константиновская, д.1, ЛИТ. А, пом. 1-Н, Ч.П. 36, а также ООО «АЙ-КЛИНИК», расположенному по адресу: 197110, Санкт-Петербург, ул. Большая Разночинная, д. 19, лит. А, пом. 5Н (далее - операторы).

Перечень моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, гражданство, пол, возраст, дата и место рождения, номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, идентификационный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета, страховой медицинский полис, номер телефона, адрес электронной почты, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Разрешаю операторам производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Операторы имеют право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими/Пациента персональными данными с иными юридическими лицами, 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.

Передача моих/Пациента персональных данных иным лицам, или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес одного из Операторов по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под роспись представителю Оператора.

Я даю/не даю свое согласие на создание личного кабинета Пациента Операторами от моего имени и
нужное подчеркнуть
использование моих персональных данных Операторами.

Субъект персональных данных (представитель): _____ / <ПАЦИЕНТ ФИО> /
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата: <ДАТА>