

*Приложение 1*  
*к Договору об оказании платных медицинских услуг*

**Заявление о присоединении**  
**к Договору об оказании платных медицинских услуг**

В соответствии со ст. 428 ГК РФ  
Я,

\_\_\_\_\_ (Фамилия, Имя, Отчество, заполняется Пациентом)

заявляю о полном и безусловном присоединении к Договору об оказании платных медицинских услуг, условия которого определены Медицинским центром ООО «Санэпидсервис в ЮВАО» (ОГРН 1057747014907, ИНН 7722546225) и размещены в помещении Медицинского центра, расположенного по адресу: г. Москва, Волгоградский пр-т, д.113, кор.5.

Настоящим подтверждаю, что ознакомился с условиями вышеуказанного Договора (в т.ч. с Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка Медицинского центра, лечебно-охранительным режимом, правилами техники безопасности и пожарной безопасности) и обязуюсь соблюдать все положения вышеуказанных документов.

С подписанием настоящего Заявления я добровольно даю свое согласие на проведение мне, диагностических, лабораторных и функциональных исследований, проведения рентгеновских, ультразвуковых и лечебных мероприятий. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

Я информирован (информирована), что при проведении диагностических и лечебных процедур возможны неблагоприятные эффекты и побочные явления, а также, не исключена возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью во время их проведения.

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

Я ознакомлен (ознакомлена) с информацией, включающую в себя сведения о местонахождении Медицинского центра и лицензией Медицинского центра, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения платных медицинских услуг и об их объеме и содержании, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

Я добровольно даю свое согласие на обработку и использование моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, электронный адрес, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Я добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в Медицинском

центре, и на оказание мне платных медицинских услуг.

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

(обязательно для заполнения)

Паспортные Сери 

--	--

 № 

--	--	--	--	--	--	--	--

 Дата  
данные: я: \_\_\_\_\_ выдачи: \_\_\_\_\_

(заполняется  
добровольно, не  
обязательно для  
заполнения)

Контактный 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
телефон: \_\_\_\_\_

Адрес Индек 

--	--	--	--	--	--	--

 с: \_\_\_\_\_

(заполняется  
добровольно, не  
обязательно для  
заполнения)

Гражданство: \_\_\_\_\_ Дата  
рождения: \_\_\_\_\_

(заполняется добровольно, не обязательно  
для заполнения)

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Подпись**

\_\_\_\_\_