КЛИНИКА ПЕРЕВОЗНИКОВА и СОЛТАНОВОЙ

{{company_name}}

{{ur_address}}

ИНН {{inn}}, КПП {{kpp}}, ОГРН {{ogrn}}

Уведомление о последствиях несоблюдения рекомендаций
перед направлением акцепта с условиями Публичной оферты на оказание платных медицинских услуг в {{company_name}}

Вариант 1. Заполняется, если пациент действует за себя (совершеннолетний, дееспособный):
Я, {{fio}}**,**
(Ф.И.О. полностью) {{birthdate}} года рождения, действующий(-ая) в своих интересах (далее — «Потребитель»),

Вариант 2. Заполняется, если документ подписывает законный представитель (несовершеннолетний или недееспособный пациент):
Я, _____**,**
(Ф.И.О. законного представителя) «__» _____ _____ года рождения,
действующий(-ая) в интересах _____
(Ф.И.О. пациента, год рождения), являясь его законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) (далее — «Потребитель»),

до акцепта Оферты на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту — Оферта) путем принятия правил, предусмотренных Офертой и подписания Заявления о присоединении к условиям Оферты уведомлен(-а) {{company_name}} (далее — «Исполнитель») о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя — физического лица, имеющего намерение заказать или приобрести либо заказывающего платные медицинские услуги у Исполнителя.

В случае акцепта мною Оферты на оказание платных медицинских услуг Исполнителя {{company_name}}, данное уведомление будет являться приложением и неотъемлемой частью Договора.

Подтверждение со стороны Потребителя (Законного представителя):

1. Я подтверждаю, что до заключения Договора об оказании платных медицинских услуг в доступной форме ознакомлен(-а) и уведомлен(-а) о возможных последствиях несоблюдения рекомендаций медицинских работников и режима лечения.
2. Я обязуюсь строго выполнять все предписания лечащего врача, соблюдать график приёма, режим ограничений (в том числе не перегружать зубы и ортопедические конструкции), а также своевременно являться на запланированные медицинские осмотры и процедуры.
3. Мне разъяснено, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья (аллергии, хронические заболевания, приём стероидных препаратов, наличие кардиостимулятора, беременность и т.д.) или нарушение медицинских предписаний снимает с Исполнителя ответственность за неблагоприятный исход лечения.
   Потребитель/Законный представитель: _____ / {{fio}} /
   Дата: {{date}} Время: _____ час. _____ мин.

КЛИНИКА ПЕРЕВОЗНИКОВА и СОЛТАНОВОЙ

Приложение А

ЗАЯВЛЕНИЕ

о присоединении к условиям Публичной оферты на оказание платных медицинских услуг в {{company_name}}

г. Москва {{date}}

Я, {{fio}}**, *(Ф.И.О. полностью)***

{{birthdate}} года рождения, зарегистрированный(-ая) по адресу: {{registration}}, (адрес регистрации Потребителя либо Законного представителя) паспорт: {{passport_code}}**, *выдан {{passport_issued}} {{passport_date}}***

Именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель (Законный представитель), подписывая настоящее Заявление о присоединении к условиям Оферты на оказание платных медицинских услуг в редакции от 01.11.2026 г. (далее — «Договор», «Оферта»), подтверждаю, что ознакомился(-ась) с условиями Оферты, размещенной на официальном сайте Исполнителя в сети Интернет **https://persoclinic.ru/company/for-patients/,** и на информационном стенде, и выражаю свое согласие с изложенными в Оферте обязательствами и правилами Сторон и обязуюсь их соблюдать.

Подписывая настоящее Заявление, Потребитель (Законный представитель) подтверждает факт того, что полностью ему понятны и разъяснены юридические и иные последствия соглашения (акцепта) с предложением (Офертой) Исполнителя. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к условиям Оферты регулируются действующим законодательством РФ.

Фамилия, имя, отчество: {{fio}}

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: {{passport_code}}

Гражданство:

Адрес места жительства: {{actual}}

Номер телефона: {{phone}}

Адрес электронной почты:

В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Законный представитель в интересах:

Фамилия, имя, отчество Потребителя:

Дата рождения Потребителя:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность Потребителя:

{{company_name}}, {{ur_address}}, ИНН {{inn}}, КПП {{kpp}}, ОГРН {{ogrn}}

Потребитель, либо Законный представитель:

✓_____ (подпись) {{fio}}

(расшифровка подписи)

Согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ):

[_____] Я даю свое согласие на передачу моих персональных данных (включая сведения о состоянии здоровья, диагноз, результаты обследований и оказанное лечение) в Единую государственную информационную систему здравоохранения (ЕГИСЗ).

[_____] Я не даю свое согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения и выражаю свой письменный отказ. Дальнейших претензий к {{company_name}} по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

_____ / {{fio}}
подпись *ФИО полностью Потребителя или его законного представителя*

Приложение В

Лист ознакомления с Положением о гарантиях:

к оферте {{company_name}} в редакции № 1 от 01.12.2026 г.

Я, {{fio}}, подтверждаю, что до акцепта оферты ознакомлен(а) с Положением о гарантиях {{company_name}}.

Мне разъяснены:

- сроки гарантии на терапевтическое лечение: [_____]
- сроки гарантии на ортопедические конструкции: [_____]
- сроки гарантии на имплантаты: [_____]
- условия сохранения гарантии: [_____]
- основания для отказа в гарантийном обслуживании: [_____]

Копия Положения:

- [_____] вручена
- [_____] размещена на сайте **https://persoclinic.ru/company/for-patients/**
- Подпись: _____ / {{fio}} / {{date}}