

Анкета пацієнта

Публічний договір про надання платних послуг · ТОВ «СКАЙ-ВІННЕР», Центр сімейного здоров'я та реабілітації «Геліос»

1. Прізвище, ім'я, по батькові:

2. Дата народження:

3. РНОКПП:

4. Контактні відомості:

Мобільний телефон:

E-mail:

Поштова адреса:

5. Надаю згоду на отримання інформації про стан мого здоров'я та медичної документації, наступним особам:

Підписуючи цю Анкету пацієнта, я підтверджую дійсність та достовірність наданої мною інформації, а також підтверджую, що я ознайомлений(-а) та погоджуюсь з умовами Публічного договору про надання платних послуг з усіма додатками до нього, що розміщені на Сайті Виконавця.

Також я ознайомлений(-на) з Правилами внутрішнього розпорядку (перебування пацієнтів) Медичного центру, що розміщені на Сайті Виконавця, й розумію, що мені може бути відмовлено у наданні Послуг у зв'язку з їх порушенням.

У разі несплати або неповної оплати вартості наданих Виконавцем Пацієнту та прийнятих останнім Послуг Третьою особою, яка діє в моїх інтересах та попередньо зобов'язалася в оплаті наданих Послуг, зобов'язуюся оплатити фактично надані Послуги у повному обсязі або відповідно у тій частині, в оплаті якої Третьою особою (зокрема, але не виключно, Страховою компанією, Благодійною організацією/фондом) буде відмовлено.

(дата)

(підпис)