

Анкета пациента

Публичный договор об оказании платных услуг · ООО «СКАЙ-ВИННЕР», Центр семейного здоровья и реабилитации «Гелиос»

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Дата рождения:

3. РНОКПП:

4. Контактные данные:

Мобильный телефон:

E-mail:

Почтовый адрес:

5. Даю согласие на получение информации о состоянии моего здоровья и медицинской документации следующими лицами:

Подписывая данную Анкету пациента, я подтверждаю действительность и достоверность предоставленной мной информации, а также подтверждаю, что ознакомлен(-а) и согласен(-на) с условиями Публичного договора об оказании платных услуг с приложениями, размещёнными на Сайте Исполнителя.

Также я ознакомлен(-а) с Правилами внутреннего распорядка (нахождения пациентов) Медицинского центра, размещёнными на Сайте Исполнителя, и понимаю, что мне может быть отказано в оказании Услуг в случае их нарушения.

В случае неоплаты или неполной оплаты стоимости оказанных Исполнителем Пациенту услуг Третьим лицом, действующим в моих интересах и ранее обязавшимся оплатить оказанные Услуги, обязуюсь оплатить фактически оказанные Услуги в полном объёме либо в части, в оплате которой Третье лицо (включая, но не ограничиваясь, Страховой компанией, Благотворительной организацией/фондом) откажет.

(дата) (подпись)
