

(ФИО физического лица, дата рождения)

именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**» и ООО «Дентэль», адрес: г. Тамбов, ул. Советская, д. 19 «Б», сайт: <https://dentel-clinica.ru>, ОГРН 1076829005197 выд. 18.06.2007г. Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Тамбову, в лице **Генерального директора Тарасовой Эльвиры Ивановны**, действующего на основании Устава и лицензии №-ЛО-68-01-001032 от 10.08.2017 г. на осуществлении работ и услуг по сестринскому делу, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической выданной Управлением Росздравнадзора Тамбовской области (адрес: 392030, г. Тамбов, ул. Урожайная, д. 2 «Ж», телефон: 8-(475-2)-63-32-14), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», далее совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские стоматологические услуги (далее- «Услуги»), а заказчик оплатить их в соответствии с прейскурантом Исполнителя.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- Соблюдать обязательства по срокам и условиям гарантии и при возникновении гарантийного случая безвозмездно оказать услуги по устранению проблемы.

2.2. Заказчик обязан:

- Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг, наличными в кассу Исполнителя либо иным, не запрещенным действующим законодательством РФ способом. Соглашаясь на лечение и получив услугу по факту, Заказчик подтверждает свое согласие с правилами оказания медицинских услуг и их стоимостью. Отсутствие заранее подготовленного письменного плана лечения не является поводом для отказа в оплате фактически оказанных услуг. Услуги по данному договору могут быть оказаны по желанию пациента и согласованы с Заказчиком устно без предварительного составления письменного финансового плана лечения;
- Соблюдать правила нахождения в клинике Исполнителя, выполнять требования и рекомендации врачей, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.
- Неукоснительно соблюдать установленные Исполнителем условия гарантии в пункте 2.3 настоящего договора.
- Проводить профессиональную гигиену полости рта у стоматолога не реже 1 раза в 6 месяцев.

2.3 Гарантийные сроки, установленные Исполнителем:

На постоянные пломбы, несъемные постоянные ортопедические конструкции – 1 год. На постоянные съемные протезы – 1 год. Временные пломбы – 1 день.

Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие осуществленный результат: пломбы, восстановления, несъемные и съемные зубные протезы и т.п. На профгигиену и другие неосуществленные работы и услуги сроки гарантии не распространяются.

Гарантийные сроки на все виды работ уменьшаются на половину:

- В случае неудовлетворительной гигиены полости рта, которая подтверждается гигиеническим индексом.
- Если лечение не закончено и в полости рта были оставлены кариозные зубы, старые несостоятельные пломбы и ортопедические конструкции, зубо - десневые карманы, являющиеся постоянным источником инфекции.

Гарантия на все виды оказанных услуг полностью утрачивается в следующих случаях:

- Если при возникновении любой стоматологической проблемы пациент не уведомляет лечащего врача Исполнителя ООО «Дентэль» в срок до 7 дней включительно и не обращается в клинику в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления.
- При лечении любого вида стоматологической патологии в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни.
- Если выполнено протезирование в другой клинике на имплантах, установленных Исполнителем.
- При любом самостоятельном вмешательстве пациента в гарантийную стоматологическую конструкцию.
- При появлении осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений.
- В случае последствий состояний, травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.)
- В случае предоставления недостоверных сведений при оформлении медицинской документации

Сроки службы постоянных стоматологических конструкций составляет 1 год. В случае изготовления ортопедической конструкции, Заказчик оплачивает полную стоимость протезирования в виде 100% предоплаты. Ортопедическая конструкция, слепки и модели остаются у Исполнителя. Сроки гарантии могут устанавливаться врачами клиники индивидуально для каждого вида Услуг, о чем уведомляется Заказчик и делается соответствующая запись в амбулаторной карте.

2.4 Заказчик имеет право:

- Требовать предоставления услуг надлежащего качества.
- Вместе с врачом устно или письменно составить и утвердить план предстоящего лечения и его стоимость. При отсутствии плана лечения услуги оказываются по нуждамости и желанию пациента, если это не расходится с общепринятыми стандартами оказания стоматологических услуг и соответствует клинической ситуации.
- Отказаться от исполнения услуг, уплатив согласно договору часть установленной цены пропорционально части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Заказчика от исполнения договора.

Подписывая данный договор, Заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку персоналом ООО «Дентэль» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии своего здоровья, фотографическое изображение и видеозапись, позволяющая идентифицировать человека как личность, паспортные данные, СНИЛС, ИНН и иные персональные данные в медико-профилактических

медицинской помощи, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

(подпись)

(ФИО)

В процессе оказания медицинской помощи Заказчик предоставляет право медицинским работникам Исполнителя передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет 25 лет. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Заказчиком в письменном виде – заказным письмом.

2.5 Исполнитель имеет право:

- Отказать Заказчику в оказании стоматологических услуг при несоблюдении правил поведения в клинике, условий гарантии, при неявке на прием или опоздании более 2-х раз, при несоблюдении рекомендаций врача, при несогласии заказчика с планом лечения, при невозможности оказать в данном клиническом случае квалифицированную помощь.
- Не оказывать услуги по договору, если не достигнуто полное взаимопонимание, доверие и психологическая совместимость врача и пациента, если персонал не обладает квалификацией и оснащением для оказания Заказчику требуемых им услуг.
- В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Заказчика к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.
- Допустить по медицинским показаниям (т.е. обоснованно) отступление от первоначального плана, объема, сроков и стоимости лечения.
- При изменении клинической ситуации изменить с согласия Заказчика план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия Заказчика с предложенными изменениями прервать лечение и расторгнуть договор.
- Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Заказчика противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья.
- Оставить в своем распоряжении все результаты обследований, диагностические модели, рентгеновские снимки, фотографии и выдать на основании письменного запроса Заказчику выписку из амбулаторной карты и копии диагностических исследований.
- Отказать в приеме (или переназначить дату и время приема) Заказчику (кроме случаев требующих экстренного вмешательства) в случае нахождения Заказчика в назначенные дату и время в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в случае, если действия Заказчика угрожают жизни и здоровью персонала либо иных пациентов клиники.

3. СУММА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стоимость договора состоит из совокупности стоимости фактически оказанных Заказчику стоматологических услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги и оформляется отдельным счетом, который является неотъемлемой частью настоящего договора.

3.2 Форма оплаты: наличный расчет.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 При несоблюдении Исполнителем обязательств обязательств по исполнению услуг Заказчик вправе по своему выбору:

- потребовать уменьшения стоимости предоставляемых услуг, потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возмещение потраченных на некачественные услуги средств.

4.2 Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории РФ.

4.3 Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

4.4 При отказе от дальнейшего медицинского вмешательства (прекращении лечения) по своему желанию Заказчик обязуется оплатить Исполнителю расходы, фактически понесенные им в целях исполнения данного Договора.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1 Споры и претензии, возникшие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1 Договор вступает в силу с момента его подписания и действует 1 год.

6.2 Если ни одна в письменном виде не настаивает на прекращении действия настоящего договора, он автоматически пролонгируется на 1 год. Количество таких пролонгаций не ограничено.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1 Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

7.2 Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.3 Подписывая данный договор, Заказчик подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что он в доступной форме уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствующих медицинских учреждениях, что полностью ознакомлен со стоимостью всех услуг Исполнителя, сроками оказания услуг, условиями и сроками гарантии и согласен с ними.

7.4 Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Дентэль»
392002, г. Тамбов,
ул. Советская, д. 19 «Б»,
Телефон: 75-10-66
ИНН 6829033834
КПП 682901001
ОГРН 1076829005197

Генеральный директор _____ Тарасова Э.И.

Заказчик:

ФИО _____

Адрес _____

Паспорт серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата выдачи _____

Подпись _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Я, _____, _____ г.р.,
(фамилия, имя, отчество, год рождения гражданина, либо законного представителя)

до проведения стоматологического лечения в ООО «Дентэль», адрес: г. Тамбов, ул. Советская, д. 19 «Б», ОГРН 1076829005197 выд. 18.06.2007г. Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Тамбову, в лице Генерального директора Тарасовой Эльвиры Ивановны, действующего на основании Устава и лицензии №-ЛО-68-01-001032 от 10.08.2017 г. на осуществлении работ и услуг по сестринскому делу, стоматологии терапевтической, стоматологии ортопедической, стоматологии хирургической выданной Управлением Росздравнадзора Тамбовской области, получил(а) от медицинских работников и врача интересующую меня информацию о предстоящем лечении _____ и даю добровольное согласие на ее проведение.

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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. Обязуюсь сообщить врачу обо всех случаях аллергии к медикаментозным препаратам в прошлом и в настоящее время.

Я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах моего здоровья (моего ребенка), индивидуальной непереносимости лекарственных средств _____
о перенесенных травмах, операциях _____.

Мне известно, что только во время стоматологического вмешательства может быть окончательно определен объем лечения. Мне понятен метод лечения, я согласен(на) с возможным расширением его объема и изменениями в процессе вмешательства. Этот документ содержит информацию о возможных осложнениях, связанных с отказом от лечения. Эндодонтическая терапия имеет высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что она является биологической процедурой и поэтому не может иметь 100% гарантии на успех. Врач, после диагностического обследования, обосновал необходимость проведения терапевтического лечения зубов и последствия отказа. Последствиями отказа от терапевтического лечения зубов могут быть: прогрессирование заболевания, развитие инфекционных осложнений (как местных, так и общих), появление или нарастание болевых ощущений, потеря зубов, нарушение функции жевания и речеобразования, косметические дефекты.

Меня также ознакомили с возможными альтернативными вариантами лечения, которые в моем случае, будут иметь меньший клинический успех. Основными альтернативными методами являются: удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения, как такового. Врач объяснил, что для диагностики и последующего лечения кариеса зубов и его осложнений (воспаление и гибель сосудисто-нервного пучка в каналах зубов), может понадобиться проведение дополнительных диагностических мероприятий, а также рентгенологическое исследование.

В случае проведения обезболивания, выбор анестезиологического пособия я доверяю лечащему врачу, который предоставил мне всю информацию (техника проведения, используемые препараты, показания и противопоказания, возможные осложнения, альтернативные методы и т.д.) о применяемой анестезии.

Кроме того, врач разъяснил необходимость проведения рентгенологического исследования (в т.ч. для диагностики и контроля качества лечения), объяснил цель и суть данной методики, а так же получил мое согласие на его проведение.

Мне объяснены принципы лечения зубов, которые предусматривают одновременное решение нескольких задач: устранение факторов, обуславливающих процесс разрушения тканей зуба; предупреждение дальнейшего развития патологического кариозного процесса; сохранение и восстановление анатомической формы и функции зуба; предупреждение развития патологических процессов и осложнений;

Мне разъяснено, что в процессе препарирования зуба (удаления пораженных тканей с помощью бора), может измениться диагноз и тактика лечения.

Я поставлен(а) в известность, что эндодонтическая терапия (лечение каналов зубов) имеет высокий процент клинического успеха, однако, как любая медицинская манипуляция, является вмешательством в биологический организм и существуют обстоятельства, которые могут

привести к увеличению объема оказания услуг, возможных осложнениях во время и после лечения, в том числе: имеется определенный процент (5-10 %) неудач эндодонтического лечения, и в дальнейшем может потребоваться повторное лечение корневых каналов, проведение хирургических операций в области корней зубов (для устранения воспалительного процесса), удаление зуба; во время лечения корневых каналов возможна поломка инструментов, что может повлечь за собой невозможность их удаления из корневого канала, либо инструмент может разрушить (перфорировать) стенку корня зуба. Хотя это происходит редко, тем не менее, такие осложнения могут стать причиной неудачи эндодонтического лечения и могут повлечь за собой потерю зуба в перспективе; при перелечивании (ранее леченных) корневых каналов процент успеха эндодонтического лечения снижается, и зависит от возможности прохождения каналов на всю длину и воздействия на микроорганизмы внутри канала, в т.ч. безопасного и полного удаления старой корневой пломбы, штифта, вкладки; при лечении искривленных корневых каналов и каналов, имеющих анатомические особенности строения, процент поломки инструментов, перфораций и иных осложнений увеличивается; другие осложнения, требующие применения специального оборудования и методов лечения. Альтернативным методом лечения является удаление пораженного зуба(ов) или отсутствие лечения как такового.

Мне доступно разъяснены все возможные исходы лечения, а также альтернативы предложенного лечения. Я понял(а) риски и возможные осложнения при всех стоматологических вмешательствах. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов, я (мой несовершеннолетний ребенок) должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача.

Я проинформирован(а) о возможности получения справки о стоимости лечения по ОМС – в настоящее время в получении данной справки не нуждаюсь.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также информирован(а) о последствиях несвоевременного лечения.

Я имел(а) возможность задать врачу все интересующие вопросы о сути и условиях лечения и получил на них исчерпывающие и полные ответы, разъяснения.

Меня устраивает необходимый и достаточный уровень сервиса, соответствующий обычным потребностям пациента при получении данной медицинской услуги и общепринятому порядку предоставления этой услуги. Я внимательно ознакомился(ась) с данным документом, имеющим юридическую силу и являющимся неотъемлемой частью медицинской карты пациента и принимаю решение приступить к лечению на предложенных условиях.

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью:

- Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи _____
(подпись)

- Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи _____
(подпись)

Содержание настоящего документа мною прочитано, оно полностью мне понятно, о чем я удостоверяю своей подписью.

Дата _____ г. Подпись пациента _____

Подпись врача _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В ООО «ДЕНТЭЛЬ»

Я, _____ ФИО пациента _____, проживающий(ая) по адресу _____

(по месту регистрации), в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «Дентэль» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] 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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я уведомлен и согласен с тем, что в помещениях ООО «Дентэль» осуществляется видеосъемка в целях обеспечения безопасности сотрудников и пациентов клиники ООО «Дентэль», а также в целях оказания медицинских стоматологических услуг, при этом производимая видеозапись обрабатывается в соответствии с утвержденной в клинике ООО «Дентэль» политикой в отношении обработки персональных данных.

Настоящее согласие дано мной 18 июля 2026 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

Приложение №1
к договору на оказание платных
медицинских услуг от {ДатаПервогоПриемаЧислом} г.

Информированное добровольное согласие на оказание платных стоматологических услуг

Первичная консультация врача - стоматолога

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщена вся необходимая информация о предстоящих мне медицинских услугах, и что я согласен (согласна) с названными мне условиями их проведения. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала консультативного приема.

Я, {ФамилияИмяОтчество}, обращаюсь за консультативно-диагностическими
(фамилия, имя, отчество пациента)

медицинскими услугами по стоматологии. Я соглашаюсь получить подробные объяснения по поводу моего состояния здоровья, имеющихся заболеваний, рекомендуемых методов дополнительной диагностики и лечения. Я проинформирован(а) врачом об особенностях предстоящей первичной консультации и ее стоимости **в размере 1500 рублей 00 коп** (Тысяча пятьсот рублей 00 кооп) и даю свое согласие на ее проведение, о чем расписываюсь собственноручно.

Подпись пациента: _____ / {ФамилияИмяОтчество}
(подпись пациента)

Беседу провел врач: _____ / {Прием.Врач.ФамилияИмяОтчество}
(подпись врача)

{ТекущаяДатаПолная} г.

Приложение №4
к договору на оказание платных стоматологических услуг
№ _____ от «дата» г.

Акт №_____ сдачи-приемки выполненных услуг

№	Наименование услуги	Зубы	Цена	Кол-во	Сумма
1	Постоянная фиксация несъемных ортопедических изделий из диоксида циркония (1 единица)	16;15	1 200,00 Р	2	2 400,00 Р
2	Восстановление зуба коронкой постоянной безметалловой из диоксида циркония стандартная эстетика (метод окрашивания)	16;15	20 000,00 Р	2	40 000,00 Р
Итоговая стоимость оказанных услуг					42 400,00 Р

	Итоговая стоимость со скидкой	42 400,00 Р
	Итого к оплате	42 400,00 Р

Всего оказано услуг на сумму: Сорок две тысячи четыреста рублей 00 копеек

Пациент «ФИО», в лице Тарасовой Эльвиры Ивановны составили настоящий АКТ о том, что все вышеперечисленные услуги выполнены в соответствии с условиями настоящего договора, полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству, эстетическим свойствам и срокам оказания услуг не имеет. Подписывая настоящий Акт, пациент удостоверяет, что он был ознакомлен с записями в медицинской карте в том числе если карта велась на электронном носителе на его имя и претензий к данным записям не имеет, их содержанию и времени исполнения. Гарантия 1 год.

Подпись пациента: _____ / _____ /
(подпись пациента) (ФИО полностью)

Клиника: _____ / _____
(подпись врача) (ФИО врача)

Дата «__» _____ г