



143002, Московская область, г. Одинцово, ул. Молодежная, д. 18, к. а 8 (495) 645-93-67

Уведомление

г. Одинцово

На основании п. 24 постановления Правительства РФ от 11.05.2023г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», медицинский центр (МЦ) ООО «ХэлсМед», в лице генерального директора Шабанова Мустафы Багадиновича, до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомляет гражданина(ку)

г.р.

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, в том числе назначенного режима наблюдения (лечения), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок и (или) отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а)

(подпись)

(ФИО)

СОГЛАСИЕ на рассылку информации

Для целей информирования клиентов Медицинского центра ООО «ХэлсМед» о результатах сданных анализов, **о предстоящих и действующих Акциях**, о новых направлениях и новых услугах и **другой важной и необходимой информации**, руководство ООО «ХэлсМед» просит Вашего согласия на рассылку информации на электронную почту и рассылку информации на мобильный телефон в виде СМС.

Информация будет распространяться **не чаще одного раза в месяц**.

Информация будет **только актуальной и важной**.

Информация **не будет содержать рекламы** и рекламных роликов сторонних организаций.

Я, г.р.

(Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения)

Даю своё согласие на рассылку на электронную почту

(адрес электронной почты)

Даю своё согласие на СМС-рассылку на мобильный телефон

(номер телефона)

Дата подпись _____ (}

Согласие на передачу информации в ЕГИСЗ

На основании «Положение о единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» утверждённого Постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 г. №140 для обеспечения доступа к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме,
Я, _ _ _ г.р.

Даю своё согласие на передачу медицинской информации в ЕГИСЗ.

Дата подпись _____/