

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Барнаул

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР «АСКО-МЕД» (ООО «Медицинский центр «АСКО-МЕД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 07.09.2016 г., за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1162225089542, Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 22 № 003968947, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Алтайскому краю 07.09.2016 г.; место нахождения: 656043, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Мало-Олонская, 17; в лице Администратора _____, действующего на основании Доверенности № ____ от ____ г.,

здесь и далее именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и

Гражданин(ка) _____ (ФИО), _____ (дата рождения), _____ (адрес места жительства), _____ (телефон), именуемый(ая) «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту - Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, а Заказчик/Потребитель обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Исполнителем в порядке и в сроки, установленные в Договоре и приложениями к нему.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, срок их предоставления, стоимость и перечень Потребителей приведены в Приложениях к настоящему Договору, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора, которое оформляется каждый при оказании медицинской услуги.

1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, содержится в Прейскуранте, который прилагается к настоящему Договору по требованию Заказчика/Потребителя. В момент подписания настоящего Договора Заказчик/Потребитель ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Исполнителя, понимает содержащуюся в них информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

1.4. Настоящий договор заключен в соответствии с нормами российского законодательства и регулируется положениями Гражданского Кодекса РФ; Закона «О защите прав потребителей»; Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006.

1.5. Подписав настоящий договор, Заказчик/Потребитель подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2016 г. «О персональных данных».

1.6. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-22-01-005610 от 31.01.2020 г., выданная Министерством здравоохранения Алтайского края, действует бессрочно (адрес и телефон лицензирующего органа: 656031, Алтайский край, г. Барнаул, просп. Красноармейский, 95А, телефон: 8 (3852) 62-77-66.

1.7. Перечень работ (услуг) в соответствии с лицензией и предоставляемых услугах по адресам Исполнителя:

1.7.1. 630091, Новосибирская область, г. Новосибирск, ул. Крылова, д. 34, помещение: 1-4 (первый этаж):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лечебному делу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, инфекционным болезням, организации здравоохранения и общественному здоровью.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ, ВИДЫ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость предоставляемых по настоящему Договору медицинских услуг определяется Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оплаты, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

2.2. Заказчик/Потребитель оплачивает услуги, в порядке 100% предоплаты до получения услуг, указанных в Приложении №1 к настоящему Договору. Оплата услуг осуществляется наличными денежными средствами непосредственно в кассу Исполнителя, либо в безналичном порядке.

2.3. Заказчику/Потребителю выдается (высылается) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция, QR-код, или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

2.4. Оплата услуг может быть произведена путем внесения Заказчиком/Потребителем авансового платежа. С момента его внесения Потребитель приобретает право на оказание ему медицинских услуг на сумму внесенного платежа в соответствии с условиями настоящего договора. Исполнитель по мере исполнения своих обязательств перед Потребителем расходует с его расчетного счета денежные средства в сумме, соответствующей объему предоставленных медицинских услуг, для чего ему согласие Потребителя получать не требуется. Информация о наличии денежных средств на расчетном счете сообщается Исполнителем Заказчику/Потребителю по его просьбе.

2.4.1. В случае выявления противопоказаний и/или переносе срока вакцинации, Исполнитель обязуется зарезервировать и обеспечить хранение оплаченного препарата на срок в пределах 3-х месяцев, но не более срока годности вакцины.

2.5. Способом оплаты медицинских услуг Заказчик/Потребитель может использовать подарочные сертификаты, по номиналу которых, Заказчик/Потребитель приобретает право оплатить часть или полностью всю стоимость медицинских услуг в соответствии с условиями такого документа.

2.6. Исполнитель разъясняет Заказчику/Потребителю, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком/Потребителем в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных настоящим договором.

2.7. Исполнитель разъясняет Заказчику/Потребителю, если Заказчику/Потребителю необходимо получить налоговый вычет, то плательщиком по договору должен выступать непосредственно сам Заказчик/Потребитель, а не третье лицо.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с российскими законодательными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Предупредить Заказчика/Потребителя в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре. Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги на возмездной основе с согласия Заказчика/Потребителя. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных и иммунобиологических препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

3.1.5. Предоставлять Потребителю достоверную информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.6. Вести медицинскую документацию в установленном порядке. После исполнения Договора выдать Потребителю копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.7. Исполнитель гарантирует обязательное соблюдение санитарного режима, наличие соответствующих сертификатов врачей.

3.1.8. Предупредить Потребителя о невозможности оказания платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний.

3.1.9. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме согласно стандартов медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе и с согласия Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Исполнителя.

3.2.3. В случае опоздания Потребителя более чем на десять минут к назначенному времени перенести срок получения услуг.

3.2.4. Прогнозируемые гарантии устанавливаются врачом индивидуально исходя из общего состояния здоровья Потребителя, выполняемости плана лечения, клинической картины.

3.2.5. С письменного согласия Потребителя направлять результаты анализов по адресу электронной почты, указанной Потребителем.

3.2.6. Привлекать сторонние медицинские организации (соисполнителей), или их сотрудников, для оказания медицинских услуг.

3.3. Заказчик/Потребитель обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора и приложениями к нему.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка Исполнителя требования и предписания медицинского персонала Исполнителя. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Потребителя и/или лиц его сопровождающих, Заказчик/Потребитель обязуется в течение 30 дней возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. Заказчик/Потребитель имеет право:

3.4.1. На самостоятельный выбор врача-специалиста.

3.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.

3.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии здоровья лица, в интересах которого действует Заказчик/Потребитель.

3.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.

3.4.7. Заказчик/Потребитель либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов (ч. 5 ст. 22 Закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ).

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 12 календарных месяцев, но в любом случае до полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор считается пролонгированным на тех же условиях и на тот же срок, если Стороны за 30 календарных дней до истечения срока его действия не заявят письменного намерения о прекращении договора. Количество пролонгаций не ограничено.

4.3. В случае отказа Заказчика/Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика/Потребителя о расторжении договора по инициативе Заказчика/Потребителя, при этом Заказчик/Потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.4. Договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон в порядке, предусмотренном текущим законодательством.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма, а также в случае, если Потребитель не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, вследствие нарушения (несоблюдения) рекомендаций врачей, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Заказчик/Потребитель возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Заказчика/Потребителя .

5.4. Законный представитель Заказчика/Потребителя возмещает Исполнителю убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или прекратил их по вине Законного представителя. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия - в судах Алтайского края.

6. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

6.1. Услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе.

6.2. Заказчик/Потребитель предоставляет Исполнителю всю документацию, информацию и другие сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

6.3. Потребитель ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых услуг.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, один находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если Договор заключается между Заказчиком/Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

7.2. Данный пункт Договора Стороны признают письменной формой уведомления Заказчика/Потребителя о последствии несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу). В связи с чем, Потребитель своей подписью в настоящем Договоре подтверждает, что до заключения настоящего Договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Медицинский центр «АСКО-МЕД»
Юридический и почтовый адрес: 656043, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Мало-Олонская, 17.
ИНН 2225174200 / КПП 222501001
ОГРН 1162225089542
Р/с 40702810911140007121
К/с 30101810450040000719
ФИЛИАЛ № 5440 БАНКА ВТБ (ПАО) г. Новосибирск
БИК 045004719
Телефоны: (3852) 63-09-09. E-mail: info@asko-med.ru

ЗАКАЗЧИК

ФИО
Дата рождения
Адрес
Телефон
E-mail

М.П.

_____/ФИО

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя), _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: (дата рождения гражданина либо законного представителя) _____, (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) проживающий по адресу: _____, (указывается в случае проживания не по месту регистрации) в отношении _____, (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) _____ г. рождения, проживающего по адресу: (дата рождения пациента при подписании законным представителем) _____,

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя) даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н/1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в _____ (полное наименование медицинской организации).

Медицинским работником _____ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____» _____ 20__ г. (дата оформления)

**ФОРМА НАПРАВИТЕЛЬНОГО АКТА № «___» от __. __.20__ г.
к Договору на оказание платных медицинских услуг от __. __.20__ г.**

Исполнитель:	Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «АСКО-МЕД», ОГРН 1162225089542				
Заказчик/ Законный представитель Потребителя	Фамилия Имя Отчество/Наименование организации				
	Дата рождения	Пол	Телефон	Адрес проживания	E-mail

№	Медицинская услуга	ФИО Потребителя	Дата рождения	Срок (период) оказания	Кол-во	Стоимость	Штрих-код
1							
2							
ИТОГО:							

Подписанием настоящего направительного акта, Заказчик дает свое согласие на получение чека в электронной форме (или сведений в электронной форме, идентифицирующих чек, и информации об адресе информационного ресурса, который размещен в сети Интернет и по которому чек может быть бесплатно получен Заказчиком) по указанному в настоящем разделе смете телефону (абонентскому номеру) или адресу электронной почты (при наличии технической возможности для передачи информации в электронной форме на адрес электронной почты).

Настоящий направительный акт, одновременно является актом выполненных работ (услуг) и его подписание Заказчиком/Потребителем означает, что вышеуказанные работы (услуги) выполнены полностью, претензий по объему, качеству и срокам оказания работ (услуг) к Исполнителю не имеется.

Сторона	ФИО/Наименование	Подпись
Исполнитель	ООО «МЦ «АСКО-МЕД»	_____ (ФИО, доверенность)
Медицинский работник	Должность/ФИО	_____
Заказчик/ Законный представитель Потребителя	ФИО/Наименование	_____
Потребитель	ФИО	_____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ

Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя), _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: (дата рождения гражданина либо законного представителя) _____, (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) проживающий по адресу: _____, (указывается в случае проживания не по месту регистрации) в отношении _____, (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) _____ г. рождения, проживающего по адресу: (дата рождения пациента при подписании законным представителем) _____,

Добровольно даю свое согласие на вакцинацию меня/лица, законным представителем которого я являюсь, вакцинами: _____ от _____ (указать название вакцин и заболевание) и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

- Мне понятен смысл и цели вакцинации.
- К моменту вакцинации у меня (представляемого) нет никаких острых жалоб на здоровье (температуры, боли, озноба, сильной слабости).
- Я понимаю, что вакцинация это профилактическое медицинское мероприятие, которое снижает риск развития отдельных заболеваний в течение определенного промежутка времени от момента вакцинации.
- Мне ясно и я принимаю тот факт, что после вакцинации редко могут наблюдаться реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснение, уплотнение, боль, жжение, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие). Мне понятно, что крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболеваний, для предупреждения которых производится вакцинация.
- Я осознаю, что на основании Федерального закона от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» отсутствие профилактических прививок влечет: запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок; временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения, в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий; отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.
- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и противопоказаниях к вакцинации.
- Я ознакомлен (ознакомлена) с мерами социальной защиты граждан при возникновении поствакцинальных осложнений.
- Я поставил (поставила) в известность медицинского работника о предшествующих вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня (представляемого) и ближайших родственников. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на вакцинацию.
- Я осознаю, что имел возможность получить прививку бесплатно государственных медицинских учреждениях.

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« ____ » _____ 20__ г. (дата оформления)