

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «КРЫМ МЕДЦЕНТР»

297000, Республика Крым, Красногвардейский район, пгт Красногвардейское, ул. 50 лет Октября, д. 10
ИНН 9105004947, КПП 910501001, ОГРН 1149102113654

Уведомление о последствиях несоблюдения рекомендаций

перед направлением акцепта с условиями Оферты на оказание платных медицинских услуг в ООО «Крым Медцентр»
Я, Иванова Вера Алексеевна, действующий(-ая) в интересах 15 года рождения (далее — Потребитель/Законный представитель) до акцепта Оферты на оказание платных медицинских услуг (далее по тексту — Оферта) путем принятия правил, предусмотренных Офертой и подписанием Заявления о присоединении к условиям Оферты уведомлен(-а) Обществом с ограниченной ответственностью «Крым Медцентр», ИНН: 9105004947 (далее — «Исполнитель») о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя - физического лица, имеющего намерение получить платные медицинские услуги либо получающего платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором. В случае акцепта мною Оферты на оказание платных медицинских услуг Исполнителя ООО «Крым Медцентр», данное уведомление будет являться приложением и неотъемлемой частью Договора.

Подтверждение со стороны Потребителя (Законного представителя):

1. Я подтверждаю, что до заключения Договора об оказании платных медицинских услуг в доступной форме ознакомлен(-а) и уведомлен(-а) о возможных последствиях несоблюдения рекомендаций медицинских работников и режима лечения.
2. Я обязуюсь строго выполнять все предписания лечащего врача, соблюдать график приема лекарственных препаратов, режим ограничений, а также своевременно являться на запланированные медицинские осмотры и процедуры.
3. Мне разъяснено, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья (аллергиях, хронических заболеваниях, приеме сторонних медикаментов) или нарушение медицинских предписаний снимает с Исполнителя ответственность за неблагоприятный исход лечения.

Потребитель/Законный представитель:

Дата: «15» октября 2026 г. Время: 13 час 20 мин

ЗАЯВЛЕНИЕ

о присоединении к условиям Оферты на оказание платных медицинских услуг в ООО «Крым Медцентр»

пгт. Красногвардейское

Я, Иванова Вера Алексеевна

(Ф.И.О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя - полностью)

06.04.1956 года рождения, зарегистрированный по адресу

пгт. Красногвардейское, ул. Киевская, 42

(адрес регистрации проживания Потребителя либо Законного представителя)

Именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель (Законный представитель), подписываю настоящее Заявление о присоединении к условиям Оферты на оказание медицинских услуг в редакции от 10.10.2026 г. и заявляю, что ознакомился (-ась) с условиями Оферты на оказание платных медицинских услуг (далее — «Договор», «Оферта») (полный текст для ознакомления размещен на официальном сайте в информационной сети Интернет <https://angelinamc.ru/>) Общества с ограниченной ответственностью «Крым Медцентр», ИНН: 9105004947 КПП: 910501001 (далее — «Исполнитель») и выражаю свое согласие с изложенными в Оферте обязательствами и правами Сторон и обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, Потребитель (Законный представитель) подтверждает факт того, что полностью ему понятны и разъяснены юридические и иные последствия соглашения (акцепта) с предложением (Офертой) Исполнителя. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к условиям Оферты на оказание платных медицинских услуг регулируются действующим законодательством РФ.

Фамилия, имя, отчество:	<u>Иванова Вера Алексеевна</u>
Реквизиты документа, удостоверяющего личность, гражданство:	<u>паспорт 32 22, 25 46 764 от 09.04.2014</u>
Адрес места жительства:	<u>пгт. Красногвардейское, ул. Киевская, 42</u>
Номер телефона:	<u>+ 9948 80 28 233</u>
Адрес электронной почты:	<u>aida1956@yandex.ru</u>

В случае если Потребителем является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от имени и в интересах Потребителя действует Законный представитель в интересах:

Фамилия, имя, отчество Потребителя: (в случаях подписания данного Заявления Законным представителем)	
Дата рождения Потребителя: (в случаях подписания данного Заявления Законным представителем)	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность Потребителя: (в случаях подписания данного Заявления Законным представителем)	

Потребитель либо законный представитель:

Иванова В.А.

Иванова В.А.

Я даю свое согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения

Я не даю свое согласие на передачу данных в Единую государственную информационную систему здравоохранения и выражаю свой письменный отказ. Дальнейших претензий к ООО «Крым Медцентр» по передаче данных в ЕГИСЗ не имею.

подпись _____ ФИО Потребителя или его законного представителя