

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «КРЫМ МЕДЦЕНТР ДЖАНКОЙ»

297000, Республика Крым, Красногвардейский район, пгт Красногвардейское, ул. 50 лет Октября, д. 10
ИНН 9105018869, КПП 910501001, ОГРН 1189102010020

Уведомление о последствиях несоблюдения рекомендаций

перед направлением акцепта с условиями Оферты на оказание платных медицинских услуг в ООО «Крым Медцентр Джанкой»

Я, Иванов Иван Иванович, 01.01.1979, действующий(-ая) в интересах 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 Джанкой"**, ИНН: 9105018869 (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 Джанкой», 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: Иванов И.И.
Дата: « 01 » января 2026 г. Время: 10 час. 10 мин.

ЗАЯВЛЕНИЕ

о присоединении к условиям Оферте на оказание платных медицинских услуг в ООО "Крым Медцентр Джанкой"

г. Джанкой

« 01 января 2026 г.

Я, Иванов Иван Иванович
(Ф.И.О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя - полностью)

01.01.1979 года рождения, зарегистрированный по адресу

296100, Республика Крым, г. Джанкой, ул. Школьная 9/1
(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 Джанкой", ИНН: 9105018869 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>Иванов Иван Иванович.</u>
Реквизиты документа, удостоверяющего личность, гражданство:	<u>3918 14674, выдан: МВД по РК, 01.01.2014г.</u>
Адрес места жительства:	<u>296100 Республика Крым, г. Джанкой, ул. Школьная 9/1</u>
Номер телефона:	<u>+7 (978) 000-00-00</u>
Адрес электронной почты:	<u>ivanov@mail.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:

✓

(подпись)

Иванов И.И.
(расшифровка подписи)

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