

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 Потребителя и/или Законного представителя Потребителя

Я, Иванов Иван Иванович действующий(-ая) в интересах 01.04.1984 года рождения

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 (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) 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 моего здоровья. В случае акцепта мною Оферты на оказание платных медицинских услуг Исполнителя ООО «Крым Медцентр», данное уведомление, составленное в порядке, предусмотренном п.24 Постановления Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736, будет являться приложением и неотъемлемой частью Договора.

Потребитель/Законный представитель Потребителя: Иванов И.И.

ЗАЯВЛЕНИЕ

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

пгт. Красногвардейское 01.04.2026 года

Я, Иванов Иван Иванович
(Ф.И.О. (при наличии) гражданина, либо законного представителя - полностью)
"01" 04 1984 года рождения, зарегистрированный по адресу
пгт. Красногвардейское, ул. Крупская, д.30

(адрес регистрации/проживания Потребителя либо Законного представителя)

Именуемый(-ая) в дальнейшем Потребитель и/или Законный представитель Потребителя, подписываю настоящее Заявление о присоединении к условиям Оферты на оказание медицинских услуг в редакции от 15.12.2025 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 и/или Законный представитель Потребителя 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>паспорт РФ 9914 011411 от 14.04.2014</u>
Адрес места жительства:	<u>пгт. Красногвардейское, ул. Крупская, д.30</u>
Номер телефона:	<u>7 994 400 0000</u>
Адрес электронной почты:	<u>ivanov14@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:

✓ Иванов И.И.
(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