

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Тюмень

«__» _____ 2023г.

Общество с ограниченной ответственностью «ГОРОДСКОЙ ЦЕНТР КОРРЕКЦИИ ЗРЕНИЯ», зарегистрированное в установленном законодательством Российской Федерации порядке 22.03.2017 года за основным государственным регистрационным номером 1037200615286, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №14 по Тюменской области, о чем имеется свидетельство о государственной регистрации №2177232123891, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице директора Семеновы Натальи Александровны, действующей на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-011107-72/00359513 от 26 января 2021, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, адрес и телефон органа выдавшего лицензию: 109012, г. Москва, ул. Славянская площадь, д. 4 стр. 1, тел. +7 (499)578-02-20, срок действия-бессрочно, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, согласно указанной лицензии **по адресу: 625023 Тюменская область г. Тюмень, ул. Республики, д.179**: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; **по адресу: 625504 Тюменская область Тюменский район п. Боровский, ул. Советская, д.18а**: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии; **по адресу: 625001 Тюменская область г. Тюмень, ул. Ямская, д.102/5а**: При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; **по адресу: 625022 Тюменская область г.Тюмень, Щербакова, д.114/3** При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии; **по адресу: 625048 Тюменская область г.Тюмень ул. 50 лет Октября д. 30/6а** выполняемые работы, оказываемые услуги: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии с одной стороны и

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон) именуемый в дальнейшем **"Потребитель"**,

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон, или наименование юридического лица, адрес, ОГРН, ИНН) именуемый в дальнейшем **"Заказчик"**,

(ФИО, данные документа, удостоверяющего личность, адрес места жительства, телефон) именуемый в дальнейшем **«Законный представитель»**, с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (его законного представителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством Российской Федерации, а Потребитель (его законный представитель) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется в Счет-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

1.4. Порядок и условия выдачи Пациенту, после исполнения Договора медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после оказания Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, без взимания дополнительной платы.

1.5. При оказании Услуг гражданину, желающему получить медицинскую помощь за плату на анонимной основе сведения о Пациенте регистрируются со слов потребителя Услуг.

2. Условия и порядок оказания Услуг

2.1. Исполнитель оказывает Услуги в помещениях по выше указанным адресам в соответствии с режимом работы салонов оптик.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций.

Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на «Официальном интернет-портале правовой информации» <http://www.pravo.gov.ru> и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru>, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.

2.3. Услуги предоставляются в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Пациента.

2.4. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.

2.5. Оказание Услуг осуществляется по предварительной записи через регистратуру Исполнителя. Условия и сроки ожидания Услуг устанавливаются Исполнителем. Информация о них предоставляется до заключения Договора. Согласование условий и сроков ожидания Услуг производится Сторонами при каждом последующем посещении путем внесения записи о назначении следующего визита Пациента к Исполнителю.

2.6. Срок оказания Услуг определяется временем, необходимым для ее выполнения, и нормативными документами, регламентирующими медицинскую деятельность, профилактические, диагностические и лечебные мероприятия.

2.7. Исполнитель уведомляет Пациента, что он не участвует в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить соответствие Услуг требованиям и качеству, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору

3.1.4. Предоставить Пациенту (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме 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 при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.4. Предоставить в доступной форме информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление Услуги (его профессиональном образовании и квалификации), других сведениях, относящихся к предмету Договора.

3.1.5. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на платной основе дополнительных Услуг, не предусмотренных Договором, Клиника не вправе оказывать их Пациенту без его согласия. В случае если при оказании Услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых состояниях, такие услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.6. Предупредить Пациента об обязанности соблюдать установленный режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

3.1.7. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

3.1.9. Соблюдать врачебную тайну, в том числе о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, кроме случаев, регламентированных Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.1.10. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.11. Выдать Пациенту документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. выдавать медицинские заключения, справки, рецепты на лекарственные препараты и медицинские изделия на бумажном носителе и (или) с согласия пациента или его законного представителя в форме электронных документов с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3.2.2. создавать медицинские информационные системы, содержащие данные о пациентах, об оказываемой им медицинской помощи, о медицинской деятельности медицинских организаций с соблюдением требований, установленных законодательством Российской Федерации в области персональных данных, и соблюдением врачебной тайны.

3.3. Пациент обязуется:

- 3.3.1. Пациенты, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности,
- 3.3.2. Пациенты обязуются соблюдать правила поведения пациента в медицинской организации.
- 3.3.3. Оплатить оказанные Исполнителем услуги в порядке и сроки, которые установлены Договором.
- 3.4. Потребитель (его законный представитель) имеет право:
- 3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.
- 3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
- 3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.
- 3.4.5. Иные права, предусмотрены действующим законодательством Российской Федерации.

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

- 4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется на основании **счет-заказа** по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет _____ (_____) рублей.
- 4.2. Оплата оказываемых услуг осуществляется Потребителем (его законным представителем):
- за наличный расчет через кассу Исполнителя,
 - по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя
 - списания с расчётной карты по договорам обязательного медицинского страхования (ДМС) *(нужное подчеркнуть)*.
- Оплата по настоящему договору может быть оплачена в полном размере при заключении договора (авансом) с письменного согласия Потребителя, выраженного в счет-заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.
- 4.3. Потребителю (его законному представителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
- 4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.
- 4.5. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителем (его законным представителем) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы (в случае предоплаты или авансового платежа) возвращается заказчику не позднее 3-х дней с момента окончательных расчетов.
- 4.6. При отказе Потребителя от исполнения настоящего договора Исполнителю возмещается фактически понесенные им расходы на исполнение обязательств по договору.

5. Ответственность сторон

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления платной медицинской услуги ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности в случае, если вред Потребителю возник вследствие нарушения Потребителем условий настоящего договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя (его законного представителя) за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.3. Потребитель (его законный представитель) дает свободно, своей волей и в своем интересе письменное согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в счет-заказе (Приложение № 1 к настоящему договору, с указанием цен в рублях;
- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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 здоровья Потребителя.

7.4. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.5. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации в письменном виде: Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области по адресу: 625026 г. Тюмень ул. Рижская дом 45-А, а также в электронном виде: nadzor72@tyumen-service.ru.

7.6. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных

требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.7. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

7.8. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, по одному экземпляру для исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах (кроме случаев заключения договора дистанционным способом).

7.9. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: ООО «ГЦКЗ»

Юридический адрес: 625000,

г. Тюмень, ул. Республики, 45

ИНН 7202117075/ КПП 720201001

р/с 40702810167100042414 в

Западно-Сибирский банк ОАО

«Сбербанк России»

к/с 30101810100000000639

БИК 047130639

ОГРН 1037200615286

Директор

_____ Н.А. Семенова

м.п.

«Потребитель» _____ / _____ /

«Заказчик» _____ / _____ /

«Законный представитель» _____ / _____ /

Приложение № 1 к договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

Счет-заказ на оказание медицинских услуг

№ п/п	Наименование медицинских услуг	Стоимость за единицу, руб.	Количество, шт.	Сумма, руб.

Исполнитель: ООО «ГЦКЗ»

Юридический адрес: 625000, г. Тюмень,

ул. Республики, 45

ИНН 7202117075/ КПП 720201001

р/с 40702810167100042414 в Западно-Сибирский

банк ОАО «Сбербанк России»

к/с 30101810100000000639

БИК 047130639/

ОГРН 1037200615286

Директор

_____ Н.А. Семенова

м.п.

«Потребитель» _____ / _____ /

«Заказчик» _____ / _____ /

Ф.И.О., наименование юридического лица, подпись

«Законный представитель»

_____ / _____ /

Ф.И.О.

подпись

Согласие на обработку персональных данных

Я,

(фамилия, имя, отчество полностью)

далее – Потребитель, настоящим выражаю своё согласие на обработку (действия (операции) с персональными данными) моих персональных данных, включая сбор, систематизацию, **накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение** (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение ООО "ГЦКЗ" и его представителями моих персональных данных, переданных мною лично при обращении за медицинскими услугами, следующих моих персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; гражданство; паспорт (номер, дата выдачи, кем выдан); адрес места жительства (по паспорту, фактический), дата регистрации по месту жительства; номер телефона (домашний, сотовый); сведения о состоянии здоровья, необходимые для исполнения договора оказания платных медицинских услуг от _____ (далее – договор); сведения о номере и серии страхового свидетельства государственного пенсионного страхования; сведения об идентификационном номере налогоплательщика; сведения о социальных льготах (в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации); дополнительные сведения, представленные мною по собственному желанию, другие персональные данные, необходимые для исполнения договора.

ООО "ГЦКЗ" может обрабатывать мои персональные данные в следующих целях: обеспечение соблюдения законов и иных нормативных правовых актов в области персональных данных; исполнении договора на оказание платных медицинских услуг.

Обработка (на бумажных носителях; в информационных системах персональных данных и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом) ООО "ГЦКЗ" моих персональных данных должна осуществляться в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных", Положением "Об обработке и защите персональных данных" ООО "ГЦКЗ".

Я ознакомлен, что в целях моей безопасности, а также в целях оказания медицинских услуг, в помещении медицинской организации осуществляется видеосъемка, которая обрабатывается в соответствии с Положением в области обработки персональных данных.

Срок действия настоящего согласия начинается с даты подписания договора и заканчивается по истечении трех лет.

Настоящее согласие может быть отозвано представленным письменным заявлением Потребителя посредством заказного письма с уведомлением о вручении и описью вложения или лично под роспись уполномоченному лицу ООО "ГЦКЗ".

« » _____ 20__ г.

(подпись)

(расшифровка)

**Приложение № 3 к договору
на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____**

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

(форма Приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 12.11.2021 № 1051-н)

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,
дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(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 (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 ООО «Городской центр коррекции зрения»

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 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)

" _ " _____ Г.

(дата оформления)