

ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР
про надання послуг із медичного обслуговування населення
за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми
«Скринінг здоров'я 40+»

м. Синельникове

04.02.2026

Комунальне некомерційне підприємство «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради» (ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики затверджена наказом МОЗ України № 312 від 05.02.2019), далі за текстом — Виконавець (Медзаклад), в особі директора Сачко Олени Ігорівни, який діє на підставі Статуту, пропонує будь-яким фізичним особам, у тому числі пацієнтам, далі за текстом — Замовник (в подальшому разом — Сторони, а кожен окремо — Сторона), замовити й отримати якісні медичні послуги на умовах та в порядку, що передбачені цим Договором.

Цей Договір є публічним відповідно до статей 633, 641 Цивільного кодексу України. Умови публічного договору є однаковими для всіх Замовників. Безумовне прийняття Замовником умов цього Договору вважається акцептуванням публічної оферти на наступних умовах.

Розділ 1. Визначення термінів

Публічний договір про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» — договір приєднання, який встановлює однакові для кожного Замовника підстави отримання таких послуг на умовах публічної оферти з моменту її акцептування останнім (далі — Договір).

Публічна оферта — пропозиція Виконавця, що адресована Замовнику приєднатися до цього Договору на умовах і в порядку, що ним передбачені.

Акцепт — підтвердження Замовником повної та безумовної згоди укласти Договір з Виконавцем на умовах, що передбачені публічною офертою, шляхом підписання відповідної заяви про приєднання до цього Договору.

Заява про приєднання — форма вираження безумовної згоди Замовника приєднатися до цього Договору, оформлена в письмовому вигляді із зазначенням конкретних медичних послуг, які бажає замовити останній згідно з переліком, затвердженим у *Додатку 1* до цього Договору. Форми заяв про приєднання затверджені *Додатком 2* до цього Договору з урахуванням специфіки пропонованих медичних послуг і конкретних умов їх надання.

Медична послуга — послуга, яку надає Медзаклад Пацієнту та оплачує її Замовник. Замовник медичної послуги – фізичні особи, у тому числі сам Пацієнт або його законний представник.

Пацієнт — фізична особа, яка звернулася за отриманням медичної послуги та/або якій надають таку медичну послугу.

Додаток 1 до Договору — затверджений Виконавцем перелік послуг із медичного обслуговування населення, які дозволені чинним законодавством і які Виконавець має можливість надати Замовнику з огляду на наявну матеріально-технічну базу, наявність відповідного медичного персоналу та профілю роботи Виконавця.

Перелік послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» — послуги з медичного обслуговування населення, які можна надавати Замовнику, перелік і вартість яких оприлюднено на вебсайті Виконавця (<https://sinel.pmsd.org.ua>) і на паперових носіях у приміщеннях Медзакладу.

Медичне обслуговування — діяльність Медзакладу у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

Якість медичної допомоги (медичної послуги) — надання медичної допомоги (медичної послуги) та проведення інших заходів щодо організації надання Медзакладом медичної допомоги (медичної послуги) відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Стандарти медичної допомоги (медичної послуги) — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги

відповідного виду або показники якості медичної послуги, які розробляють з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки та практики.

Інформована добровільна згода — згода Пацієнта або, у випадках передбачених законодавством, його законного представника на отримання послуг з охорони здоров'я та обробку персональних даних, яку оформлюють у письмовому вигляді шляхом підписання затвердженої форми *Додатком 3*.

Персональні дані Пацієнта — відомості чи сукупність відомостей про особу Пацієнта, до яких належать прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, номери засобів зв'язку, а також інша інформація, що стосується Пацієнта і яку Медзаклад може використати з метою ідентифікації особи Пацієнта.

Місце надання медичних послуг — місце провадження Виконавцем господарської діяльності з медичної практики, в якому Замовнику надають медичні послуги.

Працівник Виконавця — медичний працівник, який відповідно до законодавства має право надавати медичні послуги та перебуває з Виконавцем у трудових відносинах.

Лікуючий лікар — лікар Медзакладу, який надає медичну допомогу (медичну послугу) Пацієнту в період його обстеження та лікування.

Медична інформація — інформація про стан здоров'я Пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я Пацієнта.

Розділ 2. Загальні положення

2.1. Кожна Сторона Договору гарантує, що володіє необхідним обсягом дієздатності, а також усіма правами та обов'язками, що є необхідними та достатніми для укладання та виконання цього Договору.

2.2. Усі умови Договору, що передбачені Публічною офертою, є обов'язковими для Сторін.

2.3. Якщо Замовник не згоден з умовами Договору, він має право відмовитися від його укладання. Замовник, який здійснив Акцепт, підтверджує своє ознайомлення та згоду з усіма умовами цього Договору та додатків до нього.

2.4. Перелік послуг із медичного обслуговування населення, які може надавати Комунальне некомерційне підприємство «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради» за плату від фізичних осіб, затверджені в *Додатку 1* до цього Договору.

2.5. Договір оформлюється за згодою Замовника з усіма його умовами шляхом підписання відповідної Заяви про приєднання (акцептування) та повної попередньої оплати, без підписання письмового екземпляра Договору Сторонами. Цей Договір має юридичну силу згідно зі статтею 634 Цивільного кодексу України і є рівносильним Договору, підписаному сторонами.

Розділ 3. Акцептування Договору

3.1. Підтвердженням повного і беззаперечного прийняття Публічної оферти є підписання Замовником відповідної Заяви про приєднання та повної попередньої оплати.

3.2. Договір вважається укладеним без його подальшого підписання з моменту отримання Виконавцем підписаної Замовником заяви про приєднання та зарахування грошових коштів на рахунок Виконавця. У тих випадках, коли обов'язковою передумовою надання медичної послуги Пацієнту є попередня згода останнього на медичне втручання, Договір вважається укладеним також після підписання Пацієнтом Інформованої згоди.

3.3. Укладаючи Договір, Замовник автоматично погоджується з повним і беззастережним прийняттям умов Договору, встановлених цін на медичні послуги Виконавця та всіх додатків, що є невід'ємною частиною цього Договору.

Розділ 4. Предмет Договору

4.1. Відповідно до умов цього Договору Виконавець зобов'язується надати якісні медичні послуги Замовнику на умовах та в порядку, що передбачені цим Договором згідно з підписаною останнім Заявою про приєднання. А Замовник зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги в порядку та на умовах, що передбачені цим Договором.

4.2. Перелік медичних послуг та умови їх надання визначають *Додатки 1 і 2* до цього Договору.

4.3. Медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4.4. Розрахунок за надані медичні послуги Замовник здійснює на умовах попередньої оплати (перед фактичним наданням медичних послуг).

Розділ 5. Права та обов'язки Виконавця

5.1. Виконавець має право:

5.1.1. Обробляти персональні дані Замовника під час укладання і виконання Договору відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI на підставі згоди останнього.

5.1.2. Достроково припинити надання послуг Пацієнту у випадку порушення Правил перебування пацієнтів у Медзакладі.

5.2. Виконавець зобов'язаний:

5.2.1. Надавати медичні послуги Замовнику в порядку, у строки та на умовах, передбачених цим Договором, відповідною Заявою про приєднання та згідно з встановленими цінами Виконавця.

5.2.2. Для надання медичних послуг використовувати медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні.

5.2.3. Дотримувати вимог законодавства щодо порядку надання медичних послуг, табелів матеріально-технічного оснащення (у тому числі й примірних), галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та санітарних норм.

5.2.4. Не розголошувати медичну інформацію про Пацієнта (крім випадків, передбачених законодавством).

5.2.5. Після проведення Замовником розрахунку згідно з умовами цього Договору — видати останньому розрахунковий документ, що підтверджує отримання Виконавцем грошових коштів, у випадках, передбачених чинним законодавством.

5.2.6. Дотримувати норм Етичного кодексу лікаря України.

Розділ 6. Права та обов'язки Замовника

6.1. Замовник має право:

6.1.1. Отримати повну та достовірну інформацію щодо пропонувананих Виконавцем медичних послуг, порядку їх надання та можливих побічних реакцій.

6.1.2. Отримати від Виконавця послуги в порядку, строки та на умовах, що передбачені цим Договором.

6.1.3. Відмовитися від укладеного Договору до початку фактичного його виконання Медзакладом за письмовою заявою.

6.1.4. На лікарську таємницю за винятком випадків, передбачених законодавством.

6.2. Замовник зобов'язаний:

6.2.1. Повідомити Виконавцю достовірні дані про себе.

6.2.2. Дотримувати Правил перебування пацієнтів у Медзакладі.

6.2.3. Надати достовірну інформацію про стан свого здоров'я, перенесені та успадковані хвороби, шкідливі звички, наявність алергічних реакцій, протипоказань щодо тих або інших методів лікування та лікарських засобів, непереносимості окремих медичних препаратів, які він має і які можуть вплинути на якість наданих медичних послуг.

6.2.4. Неухильно дотримувати та належно виконувати медичні приписи, не порушувати Правил перебування пацієнтів у Медзакладі.

6.2.5. З'являтися в Медзаклад, за узгодженими з лікарем датою та часом, щоб здати аналізи, провести медичні процедури, огляд тощо.

6.2.6. Після отримання медичних послуг підписати акт про надання медичної послуги.

6.2.7. Сплатити Виконавцю кошти за надані медичні послуги в порядку, у строки та в розмірі, що визначені цим Договором.

Розділ 7. Строк надання послуг і порядок розрахунків

7.1. Виконавець надає медичні послуги Замовнику за цінами, що встановлені в Додатку 1, після повної попередньої передплати згідно з виставленим рахунком.

7.2. Усі розрахунки за цим Договором здійснюються виключно в національній грошовій одиниці України (гривні) в безготівковій формі протягом 2 (двох) банківських днів з моменту приєднання до Договору.

7.3. Вартість медичної послуги, встановлена на момент підписання Замовником Заяви про приєднання є остаточною та не підлягає корегуванню у випадках, якщо в період до фактичного отримання послуги Пацієнтом ціна змінилася.

7.4. Строк надання конкретних медичних послуг визначається в Заяві про приєднання і починає спливати з дня, коли Замовник сплатив вартість послуги згідно з виставленим рахунком.

Розділ 8. Гарантії та відповідальність сторін

8.1. Виконавець гарантує якісне медичне обслуговування Пацієнта і збереження медичної інформації про Пацієнта, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

8.2. Замовник гарантує достовірність інформації про себе (як персональних даних, так і медичної інформації), дотримання медичних приписів та рекомендацій.

8.3. Сторони несуть відповідальність за цим Договором згідно із чинним законодавством України.

8.4. Виконавець не несе відповідальності за здоров'я Пацієнта у разі відмови останнього від виконання медичних приписів або порушення Пацієнтом встановленого для нього режиму лікування.

8.5. У разі відмови Замовника від отримання медичних послуг до фактичного надання таких послуг — Виконавець повертає сплачену ним суму за вирахуванням 10 (десяти) відсотків від вартості медичної послуги. Ці гроші не повертають Пацієнту, а зараховують на користь Виконавця як компенсацію фактичних витрат, які той поніс під час надання послуги.

8.6. У разі неприбуття Пацієнта до Медзакладу в час, узгоджений з лікуючим лікарем та (або) графіком відвідувань, без поважних причин та попереднього повідомлення, цей Договір вважається розірваним, а кошти, сплачені Замовником, не підлягають поверненню та зараховуються на користь Виконавця.

8.7. Невиконання або неналежне виконання умов цього Договору виключає юридичну відповідальність, якщо воно є наслідком обставин, що перебувають поза сферою контролю сторін Договору: війна, пожежа, повінь, землетрус, страйк тощо (форс-мажорні обставини). Наявність форс-мажорних обставин підтверджують компетентні державні органи України.

Розділ 9. Строк дії Договору та заключні положення

9.1. Кожна Сторона Договору гарантує, що володіє необхідним обсягом дієздатності, а також усіма правами та обов'язками, що є необхідними та достатніми для укладання та виконання цього Договору.

9.2. Умови цього Договору встановлюються однаковими для всіх Замовників і Виконавців.

9.3. Договір набирає чинності з дати укладення та діє безстроково.

9.4. Під час укладання Договору Замовник погоджується з усіма умовами цього Договору, текст якого попередньо прочитав і положення якого йому зрозумілі.

9.5. Якщо Замовник не згоден з умовами Договору, він має право відмовитися від його укладання. Замовник, який здійснив Акцепт, підтверджує своє ознайомлення та згоду з усіма умовами Договору.

Розділ 10. Реквізити Виконавця

Комунальне некомерційне підприємство «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради»

Юридична адреса: 52500, Дніпропетровська область, м. Синельникове, вул. Виконкомівська, буд. 32

Код ЄДРПОУ 01111701

Розрахунковий рахунок № UA483054820000026008301792639
в філії-Дніпропетровське обласне управління АТ «Ощадбанк»

Телефон 0992608243

Директор



Олена САЧКО

Додаток 1

до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» затверджений наказом директора КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР»» від 04.02.2026 № 2/О

Перелік послуг із медичного обслуговування населення, які надає КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми

№	Назва послуги	Одиниця виміру	Ціна за одиницю, грн	Примітки
1	Скринінг здоров'я 40+	Послуг	2000,00	

Додаток 2

до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» затверджений наказом директора КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» від 04.02.2026 №2/О

ЗАЯВА ПРО ПРИЄДНАННЯ
до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+»

Замовник (Пацієнт):

ПІБ _____

Дата народження _____

Документ, який посвідчує особу _____

Адреса проживання _____

Тел. _____

Імейл _____

Виконавець:

Комунальне некомерційне підприємство «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради» (ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики затвердженої наказом МОЗ України № 312 від 05.02.2019), (реквізити: 52500, Дніпропетровська область, м. Синельникове, вул. Виконкомівська, буд.32, ЄДРПОУ 01111701, адреса вебсайту <https://sinel.pmsd.org.ua>, телефон 0992608243, розрахунковий рахунок UA483054820000026008301792639 в філії-Дніпропетровське обласне управління АТ «Ощадбанк»)

Замовник замовляє, а Виконавець надає наступні медичні послуги:

Назва послуги	Ціна (загальна сума), грн
Скринінг здоров'я 40+	2000,00

Місце надання послуг: _____

Підписанням Заяви про приєднання та/або вчиненням інших підтверджувальних дій, Замовник беззастережно та безумовно приєднується до умов Договору.

Замовник підтверджує, що ознайомився з умовами Договору та згоден(на) на виконання його умов. Умови, зміст і правові наслідки Договору Замовнику зрозумілі. Обов'язки Замовника за Договором Замовник приймає в повному обсязі та зобов'язується їх виконувати.

Підписуючи Заяву про приєднання до Договору, Замовник дає згоду на обробку персональних даних відповідно до вимог чинного законодавства України.

Підписанням Заяви про приєднання до Договору Замовник підтверджує достовірність зазначених ним даних і несе персональну відповідальність за їх достовірність і повноту.

Підпис Замовника

_____ (ПІБ)

_____ (підпис)

_____ (дата)

Підпис особи Виконавця, що прийняла Заяву про приєднання _____

Додаток 2

до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» затверджений наказом директора КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» від 04.02.2026 №2/О

ЗАЯВА ПРО ПРИЄДНАННЯ
до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+»

Замовник (Пацієнт):

ПІБ _____

Дата народження _____

Документ, який посвідчує особу _____

Адреса проживання _____

Тел. _____

Імейл _____

Виконавець:

Комунальне некомерційне підприємство «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради» (ліцензія на провадження господарської діяльності з медичної практики затвердженої наказом МОЗ України № 312 від 05.02.2019), (реквізити: 52500, Дніпропетровська область, м. Синельникове, вул. Виконкомівська, буд.32, ЄДРПОУ 01111701, адреса вебсайту <https://sinel.pmsd.org.ua>, телефон 0992608243, розрахунковий рахунок UA483054820000026008301792639 в філії-Дніпропетровське обласне управління АТ «Ощадбанк»)

Замовник замовляє, а Виконавець надає наступні медичні послуги:

Назва послуги	Ціна (загальна сума), грн
Скринінг здоров'я 40+	2000,00

Місце надання послуг: _____

Підписанням Заяви про приєднання та/або вчиненням інших підтверджувальних дій, Замовник беззастережно та безумовно приєднується до умов Договору.

Замовник підтверджує, що ознайомився з умовами Договору та згоден(на) на виконання його умов. Умови, зміст і правові наслідки Договору Замовнику зрозумілі. Обов'язки Замовника за Договором Замовник приймає в повному обсязі та зобов'язується їх виконувати.

Підписуючи Заяву про приєднання до Договору, Замовник дає згоду на обробку персональних даних відповідно до вимог чинного законодавства України.

Підписанням Заяви про приєднання до Договору Замовник підтверджує достовірність зазначених ним даних і несе персональну відповідальність за їх достовірність і повноту.

Підпис Замовника

_____ (ПІБ)

_____ (підпис)

_____ (дата)

Підпис особи Виконавця, що прийняла Заяву про приєднання _____

Додаток 3

до Публічного договору про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату від фізичних осіб по реалізації національної програми «Скринінг здоров'я 40+» затверджений наказом директора КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» від 04.02.2026 №2/О

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
на отримання послуг з охорони здоров'я та обробку персональних даних.

Я, _____, одержав(ла) у КНП «Синельниківський центр первинної медико-санітарної допомоги Синельниківської міської ради» інформацію про проведення скринінгу здоров'я для осіб віком від 40 років та проведення забору біологічного матеріалу.

Я надаю згоду на проведення скринінгу і взяття біологічного матеріалу у мене та проведення лабораторних досліджень зазначених у Направленні. Я ознайомлений(а) з планом обстеження. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість проведення скринінгу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення.

Зобов'язуюсь негайно повідомляти медичного працівника про будь-яке погіршення самопочуття під час забору біологічного матеріалу. Попереджений(-а), що основний спосіб взяття венозної крові для лабораторного дослідження є проколювання ліктьової вени. Взяття крові проводиться з порушенням цілісності шкіряного покриву, та в окремих випадках, внаслідок фізіологічних особливостей організму, є травматичною процедурою. З метою уникнення утворення гематоми після взяття крові необхідно притиснути місце уколу на 10 хв. Повідомив(-ла) медичного працівника про алергічні прояви або індивідуальну непереносимість спирту та медикаментів.

Зрозумів(-ла) мету та характер медичного втручання.

У випадку виникнення ускладнень (таких як запаморочення, втрата свідомості) під час медичного втручання, я заздалегідь надаю згоду на застосування всіх необхідних та можливих заходів з метою їх усунення (за наявності).

Я проінформований(-на) та усвідомлюю, що при недотриманні правил підготовки, а також через технічні фактори відібраний у мене біологічний матеріал може виявитися неспридатним або недостатнім для лабораторних досліджень, що потребуватиме повторного забору біологічного матеріалу.

Мені надали в доступній формі інформацію про проведення скринінгу здоров'я та проведення аналізів.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно мого здоров'я і проведення обстеження по програмі Скринінг здоров'я пацієнтів 40+ та одержав(ла) на них чіткі відповіді.

Я надаю згоду на обробку, зберігання, захист та передачу персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних» та інших нормативно - правових актів України. Обсяг персональних даних, згоду на обробку яких я надаю КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР», обмежується обсягом даних, що були зазначені в цій Інформованій згоді, формі оформлення Замовлення онлайн, документації медичного призначення, яка була мною заповнена та/або надана, а також результатами лабораторних досліджень наданого біологічного матеріалу. Метою обробки наданих мною персональних даних є проведення обстежень передбачених скринінгом, лабораторних досліджень наданого мною біологічного матеріалу та надання мені результату лабораторних досліджень, отримання додаткової корисної інформації, пов'язаної з результатами скринінгу.

У свою чергу, КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» зобов'язується забезпечити конфіденційність та безпеку персональних даних під час їх обробки.

Продовження Додатку 3

Я погоджуюсь, що КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» має право без моєї додаткової згоди/повідомлення передати (поширити) мої персональні дані та ТОВ «САНІТАС-Д», які згідно договору надають послуги з проведення лабораторних аналізів.

Я надаю згоду на обробку наданих мною персональних даних, зазначених у цій Інформованій згоді, у будь-яких комп'ютерних та/або інформаційних системах, які використовуються на законних підставах суб'єктом, що здійснює обробку персональних даних. Я усвідомлюю, що у разі оголошення повітряної тривоги я маю негайно покинути приміщення КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» та прямувати до найближчого укриття, про розташування якого мене проінформовано.

Якщо я приймаю рішення залишитися в амбулаторії КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» під час повітряної тривоги, я усвідомлюю всі можливі ризики для мого життя та здоров'я і несучу за це повну особисту відповідальність. КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» не несе відповідальності за будь-які можливі негативні наслідки такого мого рішення.

Я підтверджую, що інформація надана мною у моєму замовленні та у цій згоді достовірна, договір про надання медичних послуг (оферта) та текст даної згоди мною уважно прочитано та я мав(-ла) можливість задавати будь-які питання стосовно медичних послуг, які надаються.

Я бажаю отримувати повідомлення (в тому числі результати дослідження) за номером телефону: _____ та/або адресою електронної пошти: _____

Підписанням цієї інформованої згоди я надаю дозвіл на здавання до ТОВ «САНІТАС-Д», мого біологічного матеріалу. Я розумію, що доставка повідомлення залежить від мобільних операторів та постачальників послуг зв'язку та не є гарантованою. КНП «Синельниківський центр ПМСД СМР» не несуте відповідальності за неможливість отримання мною повідомлення. Текст цього документу мною прочитано та своїм підписом я підтверджую, що повністю погоджуюсь зі всім, що в ньому зазначено.

Медичний працівник _____ « _____ » _____ 20__ року _____
(П.І.Б.) (дата)

Своїм підписом на цій інформованій добровільній згоді, я гарантую та підтверджую, що я є законним представником Пацієнта володію необхідною правоздатністю та дієздатністю для надання і підписання цієї згоди (на медичне втручання, обробку його персональних даних та вчинення правочину про надання медичних послуг) від імені та щодо Пацієнта

Я, _____, згодний(а) _____ - « _____ » _____ 20__ року _____
(П.І.Б.) (підпис пацієнта (законного представника)) (дата)