

ДОГОВОР № <НОМЕР_ДОК>

на оказание платных медицинских услуг

<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

г. Воронеж

Общество с ограниченной ответственностью «Артис» (ООО «Артис», клиника «Доктор Альбрехт»), ОГРН 1153668074120, ИНН 3662221335, адрес в пределах места нахождения: 394036, г. Воронеж, ул. Сакко и Ванцетти, д. 78А, кв. 153, осуществляющее медицинскую деятельность по адресу: г. Воронеж, ул. Пролетарская, д. 87, на основании лицензии № Л041-01136-36/00362948, предоставленной 01.03.2019 Министерством здравоохранения Воронежской области, в лице директора Мацаева Сергея Валерьевича., действующего на основании Устава, далее — «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин, указанный ниже, далее — «Пациент» (Потребитель и Заказчик), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых по настоящему Договору платных медицинских услуг, приведён в Приложении № 1.

Пациент: <ФИО_ПОЛНОЕ>

Дата рождения: <ДАТА_РОЖДЕНИЯ>;

паспорт: <ПАСПОРТ>

адрес места жительства: <АдресПациент>

телефон <ТелефонПациент>; e-mail / иной адрес для ответов <ПочтаПациент>

СНИЛС: <ПАЦИЕНТ СНИЛС>

Подпись  _____

Если сведения о представителе не заполнены, Пациент заключает Договор лично и заказывает услуги для себя. Если сведения о Заказчике не заполнены, Пациент является одновременно Потребителем и Заказчиком. При наличии Заказчика он подписывает Договор наряду с Пациентом.

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги в объеме и сроки, предусмотренные Дополнительным соглашением к договору (смете), а Пациент обязуется принять и оплатить услуги на условиях Договора. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора и должно содержать точные наименования услуг с учетом номенклатуры медицинских услуг, их объем, сроки и стоимость.

1.2. Срок предоставления каждой услуги и сведения о медицинском работнике, отвечающем за ее предоставление, указываются в Приложении № 1. Изменение согласованного срока допускается по соглашению Сторон либо при наличии медицинских показаний или иных предусмотренных законом обстоятельств с уведомлением Пациента.

1.3. В рамках услуг по Договору Исполнитель выполняет работы (услуги), содержащиеся в едином реестре лицензий и относящиеся к конкретному Плану лечения, в соответствующих условиях оказания медицинской помощи. Применимый к конкретному лечению перечень лицензируемых работ (услуг) указывается в Приложении № 1.

1.4. Медицинские вмешательства проводятся при отсутствии противопоказаний и только после оформления Пациентом (его законным представителем) информированного добровольного согласия в порядке, установленном законодательством в сфере охраны здоровья.

1.5. Если по просьбе Пациента оказываются отдельные консультации или медицинские вмешательства, в том числе в объеме, превышающем применимый стандарт медицинской помощи, соответствующая просьба и письменное согласие Пациента оформляются в Дополнительном соглашении с указанием конкретных услуг.

1.6. Платные медицинские услуги, не предусмотренные Договором и приложениями к нему, оказываются только после предварительного уведомления Пациента и письменного согласования их наименования, стоимости и срока, как правило, путем подписания дополнительного соглашения или новой редакции Плана лечения (сметы). Без такого согласия дополнительные платные услуги оплате не подлежат, кроме случаев, прямо предусмотренных законом.

2. Информирование Пациента

2.1. До заключения Договора Исполнитель предоставил Пациенту (**Заказчику**) в наглядной, доступной и понятной форме сведения, предусмотренные законодательством, включая Правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, **утверждённые Правительством Российской Федерации**; сведения об Исполнителе и лицензии; перечень и стоимость услуг; информацию о медицинском работнике, **отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги, об уровне его профессионального образования и о квалификации**; о применимых порядках оказания медицинской помощи, стандартах **медицинской помощи** и клинических рекомендациях; о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вмешательствах, последствиях и предполагаемых результатах.

2.2. **Пациент уведомлён, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.** Пациент уведомлен, что в период лечения он обязан соблюдать назначения (рекомендации) медицинских работников, назначенный режим лечения, график явок и правила поведения пациентов в медицинской организации. Несоблюдение указанных требований может снизить качество услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.3. Пациент уведомлен о ведении Исполнителем медицинской документации и передаче предусмотренных законодательством сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

2.4. Пациенту предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий. Отказ от заключения Договора или от платных услуг не является причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, оказываемой без взимания платы.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Общая стоимость услуг определяется Дополнительным соглашением к Договору

3.2. Вид сметы (твердая или приблизительная) указывается в Дополнительном соглашении. При приблизительной смете увеличение объема услуг и стоимости допускается только после предварительного уведомления Пациента и его письменного согласия.

3.3 Если денежные средства внесены Пациентом (Заказчиком) до подписания Договора при выборе (бронировании) даты оказания услуги, они засчитываются в счёт исполнения обязательств по настоящему Договору со дня его подписания.

3.4. Оставшаяся часть стоимости оплачивается в день оказания услуги до ее начала, если иной срок письменно не согласован Сторонами.

3.5. Оплата производится наличными в кассу или безналичным способом. Исполнитель выдает кассовый чек, бланк строгой отчетности либо иной предусмотренный законом документ, подтверждающий расчет, на бумажном носителе и (или) в электронной форме.

3.6. Исполнитель не вправе в одностороннем порядке изменять стоимость или иные согласованные условия после заключения Договора. Изменения оформляются письменным соглашением Сторон, кроме случаев, прямо предусмотренных законом.

4. Отказ от услуг, противопоказания и возврат денежных средств

4.1. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения Договора полностью или частично, уведомив Исполнителя лично, по почте, электронной почте или иным способом, позволяющим подтвердить направление уведомления.

4.2. При отказе от исполнения Договора Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически оказанные услуги и фактически понесённые Исполнителем расходы, непосредственно связанные с исполнением обязательств по Договору. По требованию Пациента (Заказчика) Исполнитель предоставляет расчет и документы, подтверждающие такие расходы.

4.3. Исполнитель вправе не предъявлять к возмещению расходы, указанные в пункте 4.2 Договора, если отказ заявлен более чем за 48 часов до согласованного времени оказания услуги. Непредъявление таких расходов в конкретном случае не является отказом Исполнителя от права и не лишает его права требовать их возмещения в иных случаях.

4.4. Исполнитель вправе не оказывать медицинскую услугу при выявлении у Пациента медицинских противопоказаний либо перенести дату её оказания по медицинским показаниям, уведомив об этом Пациента. Выявление противопоказаний фиксируется в медицинской документации. В этом случае Договор прекращается либо изменяется по соглашению Сторон, а внесённые денежные средства возвращаются за вычетом стоимости фактически оказанных услуг (консультаций, обследований, предоперационной подготовки) в порядке пункта 4.5 Договора.

4.5. Возврат денежных средств производится в течение 10 (десяти) календарных дней со дня получения Исполнителем письменного заявления Пациента (Заказчика) с указанием банковских реквизитов. Возврат производится тем же способом, которым была произведена оплата, если Стороны письменно не согласовали иное. Если оплата произведена Заказчиком, возврат производится Заказчику.

5. Права и обязанности Сторон

5.1. Исполнитель обязан оказывать услуги качественно, в согласованные сроки и в соответствии с обязательными требованиями, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи; обеспечить Пациенту необходимую информацию; соблюдать врачебную тайну; оформлять медицинскую документацию; передавать предусмотренные сведения в ЕГИСЗ; выдавать документы, предусмотренные Договором и законодательством.

5.2. Исполнитель вправе не оказывать медицинскую услугу при наличии противопоказаний; перенести дату оказания медицинской услуги по медицинским показаниям или иным предусмотренным законом обстоятельствам с уведомлением Пациента; привлекать квалифицированных медицинских работников, оставаясь ответственным перед Пациентом за исполнение Договора.

5.3. Пациент обязан предоставить достоверные и полные сведения о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях и принимаемых препаратах; пройти необходимые обследования; соблюдать предоперационные и послеоперационные рекомендации, режим, график явок и правила поведения пациентов; своевременно оплатить согласованные услуги.

5.4. Пациент вправе получать полную информацию о состоянии здоровья и предоставляемых услугах; знакомиться с медицинской документацией; получать ее копии и выписки; отказаться от

медицинского вмешательства и от исполнения Договора; предъявлять требования при недостатках услуг; пользоваться иными правами пациента и потребителя.

5.5. После исполнения Договора Исполнитель по требованию Пациента (его законного представителя), оформленному в предусмотренной законом форме, бесплатно выдает медицинские документы, их копии или выписки, отражающие состояние здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, использованных лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Документы выдаются в порядке и сроки, установленные законодательством.

6. Качество услуг и ответственность Сторон

6.1. Качество услуг должно соответствовать условиям Договора и обязательным требованиям. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Стороны исходят из того, что медицинская услуга не является услугой с гарантированным результатом: результат медицинского вмешательства носит вероятностный характер и зависит от индивидуальных особенностей организма Пациента, сопутствующих заболеваний и соблюдения Пациентом назначений и рекомендаций. Наступление осложнения либо недостижение ожидаемого Пациентом эстетического результата, о возможности которых Пациент был проинформирован при оформлении информированного добровольного согласия, сами по себе не свидетельствуют о недостатке медицинской услуги.

6.3. Исполнитель не несёт ответственности за последствия, наступившие вследствие несоблюдения Пациентом назначений (рекомендаций), режима лечения, графика явок и правил поведения пациентов, а равно вследствие предоставления Пациентом недостоверных или неполных сведений о состоянии своего здоровья, перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях и принимаемых лекарственных препаратах. Настоящий пункт не ограничивает установленные законом права Пациента.

6.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента вследствие услуги ненадлежащего качества, подлежит возмещению в соответствии с законодательством. Возврат уплаченных денежных средств и иные требования при недостатках услуг рассматриваются по Закону Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7. Персональные данные и врачебная тайна

7.1. Обработка персональных данных, включая сведения о состоянии здоровья, осуществляется Исполнителем на предусмотренных законом основаниях и в объеме, необходимом для оказания медицинской помощи, исполнения Договора, ведения медицинской документации и выполнения обязательных требований. В случаях, когда закон требует согласия, оно оформляется отдельно.

7.2. Фото- и (или) видеосъемка для научных, образовательных, информационных или рекламных целей допускается только на основании отдельного добровольного согласия с указанием конкретных целей и способов использования. Отказ от такого согласия не влияет на доступность и качество медицинской помощи.

7.3. Исполнитель обеспечивает соблюдение врачебной тайны и конфиденциальность персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8. Форма заключения и экземпляры Договора

8.1. Настоящий Договор заключается **в письменной форме** при личном обращении Пациента после консультации (осмотра) медицинским работником Исполнителя и подписывается Сторонами.

8.2. Договор может быть заключён дистанционным способом — посредством использования сети «Интернет» (сайта Исполнителя или мобильного приложения) либо многофункционального сервиса обмена информацией — в порядке, установленном Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг. При заключении

Договора дистанционным способом Исполнитель предоставляет Пациенту (Заказчику) подтверждение заключения Договора, содержащее номер Договора или иной способ его идентификации, а по требованию Пациента (Заказчика) направляет экземпляр Договора (выписку из него), подписанный усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя. Отказ от исполнения Договора, заключённого дистанционным способом, может быть совершён тем же способом, который использовался при его заключении.

8.3. Дистанционная оплата уже заключенного и подписанного Сторонами Договора допускается и сама по себе не изменяет очную форму его заключения.

8.4. Количество экземпляров Договора соответствует количеству Сторон, кроме случаев заключения Договора дистанционным способом. При подписании Пациенту передаются его экземпляр Договора и подписанное Дополнительное соглашение.

9. Обращения, претензии и разрешение споров

9.1. Обращения, жалобы и требования Пациента принимаются лично по адресу оказания услуг, почтовым отправлением, по электронной почте adm@dr-albrekht.ru, через предусмотренные Исполнителем электронные каналы либо иным законным способом. Исполнитель принимает требования, связанные с недостатками услуг, в том числе дистанционно.

9.2. Информация о форме и способах направления обращений Исполнителю и в уполномоченные органы размещается на сайте и информационном стенде Исполнителя. Требования рассматриваются и удовлетворяются либо по ним направляется мотивированный отказ в сроки, установленные Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

9.3. Претензионный порядок не является обязательным, если иное прямо не установлено законом. Споры разрешаются путем переговоров, а при недостижении согласия — в судебном порядке с соблюдением предусмотренных законом правил подсудности, включая право потребителя на выбор суда.

10. Срок действия, изменение и расторжение Договора

10.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами.

10.2. Изменение и расторжение Договора осуществляются по соглашению Сторон либо по основаниям, предусмотренным законодательством и Договором. Согласованные изменения оформляются письменно.

10.3. Недействительность отдельного условия Договора не влечет недействительность остальных условий. Условия, ограничивающие права Пациента по сравнению с законом, не применяются.

10.4. Юридически значимые сообщения (уведомления, требования, претензии, ответы на них) направляются Сторонами по адресам и адресам электронной почты, указанным в разделе 11 Договора. Сообщение считается доставленным и в тех случаях, когда оно поступило Стороне, которой направлено, но по обстоятельствам, зависящим от неё, не было ей вручено или Сторона не ознакомилась с ним (статья 165.1 Гражданского кодекса Российской Федерации). Сторона обязана письменно уведомить другую Сторону об изменении своих контактных данных в течение 3 (трёх) рабочих дней; до получения такого уведомления сообщения, направленные по прежним реквизитам, считаются направленными надлежащим образом.

11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Артис» (клиника «Доктор Альбрехт»)
ИНН 3662221335 / КПП 366601001

ПАЦИЕНТ

Ф.И.О.: <ФИО_ПОЛНОЕ>
Дата рождения: <ДАТА_РОЖДЕНИЯ>

ОГРН 1153668074120
Р/с 40702810313000013514
Центрально-Черноземный банк ПАО Сбербанк
К/с 30101810600000000681, БИК 042007681
Юридический адрес: 394036, г. Воронеж,
ул. Сакко и Ванцетти, д. 78А, кв. 153
Адрес оказания услуг: г. Воронеж,
ул. Пролетарская, д. 87
Лицензия № Л041-01136-36/00362948,
дата предоставления 01.03.2019,
лицензирующий орган — Министерство
здравоохранения Воронежской области
Тел.: +7 (473) 269-43-45, +7 (473) 210-05-35
E-mail: adm@dr-albrekht.ru
Сайт: <https://dr-albrekht.ru>

_____/ Мацаев С.В. /
М.П. (при наличии)

Паспорт: <ПАСПОРТ>
Адрес места жительства:
<АдресПациент>
Телефон: <ТелефонПациент>
E-mail / иной адрес для ответов:
<ПочтаПациент>
СНИЛС: <ПАЦИЕНТ_СНИЛС>

Подпись _____ / <ФИО_ПОЛНОЕ>

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну

Я, <ФИО ПОЛНОЕ>, дата рождения <ДАТА РОЖДЕНИЯ>, Телефон <ТелефонПациент>.

Паспорт <ПАСПОРТ>, проживающий по адресу (по месту регистрации): <АдресПациент>,

в соответствии с ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие добровольно, будучи проинформирован(а) о целях и последствиях обработки данных, ООО «Артис» (ИНН 3662221335) по адресу: 394036, Воронежская область, город Воронеж, ул. Пролетарская, 87) (далее – Оператор) на обработку моих персональных данных на следующих условиях:

1. В целях: Осуществление медицинской и иной деятельности, предусмотренной Уставом ООО Артис; подготовка, заключение и исполнение гражданско-правового договора; оформление медицинской документации; заключение договоров на оказание медицинских услуг; ведение бухгалтерского учета; обеспечение соблюдения налогового законодательства; исполнение требований законодательства в сфере охраны здоровья.

2. Перечень персональных данных - фамилия, имя, отчество; год рождения; месяц рождения; дата рождения; пол; адрес электронной почты; адрес места жительства; номера телефонов; ИНН; СНИЛС; данные документа, удостоверяющего личность (паспортные данные); данные документа, содержащиеся в свидетельстве о рождении (ребенка); полис (при наличии), сведения, собираемые посредством метрических программ; специальные категории персональных данных – сведения о состоянии здоровья, а так же другие данные (сведения о медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь; виды оказанной медицинской помощи; условия оказания медицинской помощи; сроки оказания медицинской помощи; объемы оказанной медицинской помощи; диагноз; сведения о интимной жизни; профиль оказания медицинской помощи; сведения об оказанных медицинских услугах и о примененных лекарственных препаратах; примененные стандарты медицинской помощи, фото- и видеоматериалы, связанные с оказанием услуг).

3. Я даю согласие на обработку специальных категорий персональных данных (сведения о состоянии здоровья) в соответствии со ст.10 Федерального закона № 152 – ФЗ.

4. Перечень действий и способы обработки: сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передача (предоставление, доступ) уполномоченным лицам, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, с использованием средств автоматизации и (или) без таковых.

5. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

6. Передача персональных данных третьим лицам осуществляется только в случаях, предусмотренных законодательством (в ЕГИСЗ, государственные органы, фонды), либо с моего отдельного согласия.

7. Согласие действует в течение срока оказания услуг и срока хранения медицинской документации, установленного законодательством. Согласие может быть отозвано путём подачи Оператору письменного заявления; отзыв не распространяется на обработку, обязательную в силу закона (в том числе на хранение медицинской документации).

8. Мне разъяснены мои права как субъекта персональных данных, предусмотренные Федеральным законом № 152 – ФЗ. Подтверждаю достоверность предоставленных данных.

Подпись  _____ / _____ /
<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Согласие на получение рекламных и информационных материалов

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

Телефон _____, электронный _____ адрес _____ (e-mail) _____

в соответствии со ст. 9, ст. 15 Федерального закона от 27.07.2006 № 152 - ФЗ «О персональных данных», ч. 1 ст. 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38 - ФЗ «О рекламе» даю свободно, своей волей и в своем интересе конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ООО «Артис» (ИНН 3662221335) (далее – Общество) расположенное по адресу: РФ, 394036, Воронежская область, город Воронеж, ул. Пролетарская, 87) (далее - Согласие) на:

1. Обработку моих персональных данных, в целях продвижения товаров, работ, услуг Общества, путем направления рекламных и информационных предложений по сетям электросвязи посредством рассылки SMS-сообщений, push-уведомлений, рассылки сообщений по электронной почте, в мессенджерах, совершения телефонных звонков.
2. Перечень персональных данных, на обработку которых я даю Согласие: фамилия, имя, отчество, дата рождения, номер телефона, адрес электронной почты.
3. Способы обработки персональных данных: автоматизированная, неавтоматизированная обработка.
4. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается Согласие: сбор, запись, систематизация, хранение, извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение, передача (предоставление, доступ).
5. Получение рекламных предложений (в том числе в форме рекламной рассылки) и материалов о продуктах и услугах Общества по сетям электросвязи, посредством рассылки SMS-сообщений, push-уведомлений, рассылки сообщений по электронной почте, в мессенджерах, совершения телефонных звонков.
6. Настоящее Согласие действует бессрочно с даты предоставления или до момента его отзыва.
7. Согласие может быть отозвано полностью или частично посредством передачи Обществу соответствующего заявления. Такое заявление может быть передано как на бумажном носителе за собственноручной подписью заявителя по адресу Общества, так и посредством электронной почты (с указанием сведений, обязательных для включения в запрос на получение информации, касающейся обработки персональных данных).

Подпись  _____ / _____ /
<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

*Доктор
Альбрехт*

Приложение № 2
утверждено приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, <ФИО_ПОЛНОЕ>, <ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу: <АдресПациент>,

проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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. № 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 «Артис»

(полное наименование медицинской организации)

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. № 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я 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)

<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

(дата оформления)