

г. Москва

« ____ » _____ 202__ г.

ЗАЯВКА №: _____

Я, _____ документ: серия _____
 № _____, выдан _____,
 адрес регистрации _____

(документ, удостоверяющий личность не представлен ☐; личность установлена со слов пациента ☐ - в указанном случае Пациент подтверждает, что платные медицинские услуги предоставляются ему анонимно. Указанные выше сведения сообщены самостоятельно и зафиксированы Исполнителем со слов Пациента/Клиента).

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ на медицинское вмешательство

в соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю информированное добровольное согласие на получение медицинских услуг в ООО «АЗИЯ ГРУПП» (Лицензия № Л041-01137-77/05986672 от 11.08.2026). Мне в доступной форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи по профилям: медицинский массаж, мануальная терапия, остеопатия. Я поставлен(а) в известность о том, что в процессе проведения процедур (массажа, мануальных и остеопатических манипуляций) возможны естественные реакции организма на физическое воздействие, включая: кратковременное усиление болевого синдрома, мышечную усталость (ломоту), головокружение, сонливость или прилив энергии, локальное покраснение кожи. Я подтверждаю, что сообщил(а) врачу (специалисту) обо всех известных мне сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, наличии онкологических заболеваний, острых инфекций, тромбозов, беременности, повышенной температуры тела, а также об индивидуальных противопоказаниях и аллергических реакциях. Мне разъяснено, что для достижения максимального терапевтического эффекта я обязан(а) строго соблюдать рекомендации специалиста, касающиеся двигательного режима, физических нагрузок и кратности посещения сеансов. Я извещен(а) о своем праве отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения на любом этапе, при этом мне понятны возможные последствия такого отказа (включая прогрессирование основного заболевания или снижение эффективности ранее проведенного этапа лечения). Настоящее согласие подписано мной добровольно после беседы со специалистом и прочтения текста. На все мои вопросы получены исчерпывающие и понятные мне ответы.

Пациент	Исполнитель со стороны ООО «Азия Групп»
_____ / _____ (подпись) (расшифровка Ф.И.О.)	_____ / _____ (подпись) (расшифровка Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ И ПЕРЕДАЧУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я свободно, своей волей и в своем интересе даю Оператору согласие на обработку моих персональных данных в целях организации записи и оказания медицинских услуг, заключения и исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, ведения медицинской документации, а также связи со мной по вопросам записи, оказания услуг и получения обратной связи. Персональные данные: фамилия, имя, отчество; дата и место рождения; пол; паспортные данные; адрес регистрации и проживания; номер телефона; адрес электронной почты; сведения о состоянии здоровья, включая диагноз, анамнез, результаты обследований и сведения о противопоказаниях, полученные в связи с оказанием медицинских услуг, в том числе медицинского массажа, мануальной терапии и остеопатии. Я уведомлен(а), что сведения о состоянии здоровья относятся к специальной категории персональных данных. Их обработка допускается, в частности, с письменного согласия субъекта либо в целях оказания медицинских услуг лицом, профессионально осуществляющим медицинскую деятельность и обязанным сохранять врачебную тайну. Оператор вправе осуществлять сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, извлечение, использование, предоставление в предусмотренных законом случаях, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных с использованием средств автоматизации или без них. Персональные данные могут предоставляться работникам Оператора в объеме, необходимом для выполнения ими своих обязанностей, государственным органам в случаях, предусмотренных законодательством РФ, а также лицам, которым Оператор поручил обработку персональных данных в установленном законом порядке. Согласие действует до достижения целей обработки либо его отзыва, а в отношении данных, подлежащих обязательному хранению, — в течение установленных законодательством сроков. После прекращения оснований для обработки персональные данные уничтожаются или обезличиваются в установленном порядке. Согласие может быть отозвано путем направления заявления по адресу Оператора или на электронную почту info@ab-spa.ru. Отзыв согласия не влияет на законность ранее осуществленной обработки и не препятствует дальнейшей обработке персональных данных при наличии предусмотренных законом оснований. Это прямо следует из ч. 2 ст. 9 Закона № 152-ФЗ.

Пациент
_____ / _____ (подпись) (расшифровка Ф.И.О.)

Я ознакомился(ась) и полностью и безоговорочно принимаю условия Публичной оферты, опубликованной на сайте ООО «Азия Групп» на предоставление платных медицинских услуг, акцептую ее и подтверждаю заключение Договора в отношении выбранных мной медицинских услуг по указанной при оформлении записи стоимости и сроку оказания. После подписания настоящего Приложения Пациент/Заказчик не может ссылаться на то, что он не ознакомлен с условиями Договора и приложениями либо не признает их обязанность.

Пациент
_____ / _____ (подпись) (расшифровка Ф.И.О.)