Приложение № 2 к Договору № Д\_\_\_\_ от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г.

СОГЛАСИЕ

на получение медицинских слуг мануального терапевта, остеопата

г. Москва [«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_г.](medwork://script/?(FormatDateTime(')

Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО), являясь по Договору Заказчиком, являясь законным представителем несовершеннолетнего Пациента**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(ФИО) дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Центр Естественного Развития и Здоровья Ребенка», далее по тексту Исполнитель или Медицинский центр, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления медицинской услуги мануального терапевта, остеопата, даю свое согласие на их оказание моему ребенку.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что во время проводимого лечения и при проведении приёма мануального терапевта, остеопата, вовремя и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен/согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения непредсказуемых побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Медицинский центр не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Медицинского центра.
6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения, выбрано наблюдение моего ребенка в данном Медицинском центре, у данного специалиста.
7. Я согласен/согласна на получение и оплату медицинских услуг мануального терапевта, остеопата, выбранных по моему личному желанию. Я информирован/информирована, что мануальный терапевт, остеопат диагноз не ставит, письменных заключений и назначений не дает.
8. Я согласен/согласна на приём мануального терапевта, остеопата исключительно на свой риск: это означает, что услуги Медицинского центра, а именно приём мануального терапевта, остеопата, предоставляются «как есть», без гарантий и ручательств какого бы то ни было рода, за исключением тех гарантий, которые предоставлены Медицинским центром явным и непосредственным образом. В остальном Медицинский центр не предоставляет косвенных, подразумеваемых, обусловленных законодательством или иных гарантий, ручательств, в том числе гарантий относительно результатов полученных услуг.
9. Медицинский центр понимает, что, согласно применимому законодательству, в некоторых случаях:

* для потребителя могут быть предусмотрены дополнительные права;
* может не допускаться ограничение ответственности.

1. Вместе с тем Медицинский центр не отвечает:

* за несоответствие ожиданий Заказчика результатам полученных услуг;
* за любой ущерб, в том числе, моральный от несоответствия ожиданий Заказчика результатам оказанных услуг.

1. Медицинский центр не обещает и не гарантирует, соответствия результатов от услуги ожидаемому результату. Медицинский центр не даёт никаких заверений или гарантий относительно устранения каких-либо проблем и/или их последствий, отмеченных Заказчиком.
2. Третьи лица, с которыми Медицинский центр сотрудничает в соответствии с договорами, не предоставляют никаких явных или подразумеваемых гарантий, или условий в отношении ожидаемого Заказчиком результата.
3. Я проинформирован о том, что по согласованию с мануальным терапевтом, остеопатом, могу отказаться от получения рекомендованной моему ребенку медицинской услуги, написав добровольный отказ.
4. Я проинформирован, что в случае обострения у моего ребенка заболеваний, указанных в его медицинской карте или при возникновении такой необходимости по состоянию здоровья он может быть направлен на консультацию или для получения специализированной медицинской помощи в другие лечебные учреждения.
5. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю суть предложенного мне вида медицинских услуг и даю согласие на их применение.
6. Согласен получать почтовую или электронную ежеквартальную рассылку о новых услугах и предложениях Медицинского центра.

Подпись Заказчика (или представителя Заказчика):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

ФИО Подпись