**Соглашение о признании простой электронной подписи равнозначной собственноручной подписи**

 "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

 Общество с ограниченной ответственностью «Авторская клиника», именуемая в дальнейшем "Сторона-1", в лице Директора Итуниной Юлии Алексеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин (- ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем "Сторона-2",с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

Стороны установили, что для настоящего Соглашения действуют следующие термины и определения:

1.1. Электронный документ - совокупность данных, которые обрабатываются и хранятся в электронно-вычислительной машине и могут передаваться по системе телекоммуникаций или на магнитных носителях.

1.2. Электронная подпись - информация в электронной форме, которая присоединена к другой информации в электронной форме (подписываемой информации) или иным образом связана с такой информацией и которая используется для определения лица, подписывающего информацию.

2.1. Настоящим Соглашением Стороны признают, что электронные документы, подписанные простой или квалифицированной электронной подписью каждой из Сторон, равнозначны документам на бумажных носителях, подписанным собственноручной подписью каждой из Сторон.

2.2. Каждая из Сторон настоящего Соглашения принимает на себя исполнение всех обязательств, вытекающих из электронных документов, подписанных простой электронной подписью.

Настоящее соглашение дано мной и действует с "\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

**Укажите лица, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона т 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья моего здоровья или состояния**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(Ф.И.О гражданина, контактный телефон)**

Реквизиты и подписи Сторон:

**Исполнитель: Заказчик:**

ООО «Авторская клиника» Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: 693013, Южно-Сахалинск, Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пр.Мира, 422А Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел: 515-407 Паспорт (номер)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: klinika@ak65.ru Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 6501184487 Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 650101001

ОГРН 1076501006230

Филиал «Дальневосточный» Банка ВТБ (ПАО)

в г. Южно-Сахалинске

К/с 30101810364010000818

БИК 046401818

**Исполнитель: Заказчик:**

Директор Итунина Ю.А.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Клинический анамнез** |
|  | **Фамилия, имя, отчество, адрес:** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­ |
|  | **Заболевания, которые у Вас имеются или были раньше (помечены V)** |
|  |  | СПИД |  | Повышенное артериальное давление |  | Травмы головы/шеи |  | Психические болезни |  | Язвы |
|  |  | Алкоголизм |  | Рак |  | Заболевания сердца |  | Мигрень |  | Венерические болезни |
|  |  | Аллергия |  | Диабет |  | Герпес |  | Болезни дыхательных систем |  | Другие |
|  |  | Анемия |  | Лекарственная или наркотическая зависимость |  | Инфекционный гепатит |  | Ревматизм |  |  |
|  |  | Эпилепсия |  | Глаукома |  | Болезни почек или печени |  | Синусит |  |  |
|  | **Имеется ли у Вас кардиостимулятор?** | Нет |
|  | **Было ли у Вас когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического** |
|  | **вмешательства?** | Нет |
|  | **Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства** |
|  | **(подобные пеницилину)?**Нет**Беременны ли вы** | Нет |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Дата** |  | ***Подпись*** |  |  |  |  |  |  |  |