



ОРЕН·КРЫМ

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – К НАМ!

АНКЕТА РЕГИСТРАЦИИ

Территория _____, корпус _____, номер _____ дата и время прибытия _____, дата и время убытия _____
фамилия, имя, отчество (полностью) _____ дата рождения _____ паспорт серии № _____,
выдан (кем) _____ дата выдачи _____ код подразделения _____, адрес регистрации _____
контактный телефон (удобный для связи мессенджер) _____ e-mail: _____ место
работы: город _____ организация _____ должность _____
филиал/подразделение _____

Откуда вы узнали об ООО «Санаторий «Орен-Крым»? посещал(а) ранее знакомые интернет реклама тур. фирма

социальная путёвка путёвка по ДМС (СОГАЗ) на работе иное _____

Проживающие со мной в номере лица:

Ф. И. О. (полностью)	Дата рождения	Телефон (при наличии)	С Правилами пребывания, проживания и предоставления санаторно-курортных услуг в ООО «Санаторий «Орен-Крым», правилами противопожарной безопасности и правилами поведения на водных объектах ознакомлен (а) и согласен (сна), даю согласие на обработку моих персональных данных и использование их в административных, маркетинговых целях и для передачи сведений в государственные органы, определяемые законодательством Российской Федерации (личная подпись и дата)

Марка автомобиля и гос. номер _____

(для гостей, прибывших на своем транспорте)

* Гость, проживающий в номере, несет материальную ответственность за причиненный ущерб. Администрация ООО «Санаторий «Орен-Крым» не несет ответственности за оставленные в номере (на территории, пляже) и не сданные на хранение ценные бумаги, документы, деньги, драгоценности и иные вещи гостей. С Правилами пребывания, проживания и предоставления санаторно-курортных услуг в ООО «Санаторий «Орен-Крым», правилами противопожарной безопасности и правилами поведения на водных объектах ознакомлен (а) и согласен (сна), даю согласие на обработку моих персональных данных и использование их в административных, маркетинговых целях и для передачи сведений в государственные органы, определяемые законодательством Российской Федерации

_____ (личная подпись)

_____ (расшифровка)

_____ (дата)



ОРЕН·КРЫМ

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – К НАМ!

Директору
ООО «Санаторий «Орен-Крым»
Селину В.А.

(фамилия, имя, отчество полностью)

Зарегистрированного(й) по адресу:

Паспорт: серия

№

(наименование органа, выдавшего документ и дата выдачи)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»

даю согласие

Обществу с ограниченной ответственностью «Санаторий «Орен-Крым» (сокращённое наименование - ООО «Санаторий «Орен-Крым»), расположенному по адресу: 297412, Российская Федерация, Республика Крым, г. Евпатория, ул. Фрунзе,17, на обработку персональных данных, а именно сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, уничтожение данных, указанных в договоре.

Настоящее согласие дается мной свободно, по своей воле и в своем интересе в связи с исполнением заключенного с ООО «Санаторий «Орен-Крым» договора возмездного оказания санаторно-курортных услуг.

Данное согласие действует со дня его подписания до дня отзыва его в письменной форме.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)



ОРЕН·КРЫМ

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – К НАМ!

Общество с ограниченной ответственностью «Санаторий «Орен-Крым»

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____

(фамилия, имя, отчество - полностью)

год рождения _____, проживающий(ая) по адресу _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я, паспорт _____, выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным _____

(Ф.И.О. ребёнка, или недееспособного гражданина — полностью, год рождения)

получил(а) от лечащего врача полную и понятную мне информацию о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего (представляемого) заболевания; мне лично были разъяснены цель, характер, ход и объём планируемого обследования и лечения, а также способы его проведения;

- я ознакомлен(а) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в санатории, мерами безопасного поведения на воде, противопожарной безопасности и обязуюсь их соблюдать;
- я предупрежден(а), что за нарушение режима пребывания в санатории могу быть выписан(а) досрочно;

- я добровольно даю своё согласие на осмотр и медицинское обследование лечащим врачом и другими медицинскими работниками при необходимости и с условием сохранения врачебной тайны;

- я поставил(а) в известность лечащего врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях и непереносимости лекарственных препаратов и пищевых продуктов, обо всех перенесённых мною (представляемым) и известных мне травмах, хирургических операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах;

- я сообщил(а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

- я добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями лечащего врача, диагностических исследований как-то: клинических и биохимических лабораторных методов исследования, электрокардиографии, ультразвуковых, рентгеновских и эндоскопических исследований, спирографии и функциональных методов обследования;

- я добровольно даю своё согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями лечащего врача физиотерапевтических, грязевых и бальнеологических процедур, лечебного массажа, лечебной физкультуры, приём таблетированных препаратов и инъекций;

- я информирован(а) о целях, характере и возможных неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, о возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что

предстоит делать мне (представляемому) во время их проведения;

- я извещён(а) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом приём любых, не прописанных лекарств и пищевых добавок;

- я предупреждён(а) и осознаю, что отказ от лечения, нарушение лечебно-охранительного режима, игнорирование рекомендаций медицинских работников, нарушение режима приёма лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и негативно повлиять на состояние здоровья;

- я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и мною поняты. Добровольно даю своё согласие на обследование и лечение в предложенном объёме;

- я разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моём диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания _____

« ___ » _____ 202 г. _____ / _____
(подпись пациента, законного представителя)

Расписался в моём присутствии:

Врач _____ / _____ / _____
(подпись, должность, Ф.И.О.)

ПРИМЕЧАНИЕ:

Согласие на медицинское вмешательство (лечение) в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны, попечители) с указанием Ф.И.О., паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заместителя директора по медицинской части, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время - ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением заместителя директора по медицинской части, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время — ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация: _____

« ____ » _____ 202 г.
_____ / _____ / _____

(подпись пациента, законного представителя)

Расписался в моём присутствии _____

Врач _____
(подпись, должность, Ф.И.О.)

Консилиум врачей в составе:

Должность, Ф.И.О. и подпись
_____ / _____ / _____

Должность, Ф.И.О. и подпись
_____ / _____ / _____

Должность, Ф.И.О. и подпись
_____ / _____ / _____

« ____ » _____ 202 г.



ОРЕН·КРЫМ

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – К НАМ!

Директору
ООО «Санаторий «Орен-Крым»
Селину В.А.

от _____

(ФИО)

тел. _____

Прошу Вас разрешить въезд и размещение на территории ООО «Санаторий «Орен-Крым» личного автотранспорта (далее – ТС), используемого мною для проезда к месту отдыха в санаторий:

Марка ТС _____

Регистрационный номер ТС _____

Цвет ТС _____

ФИО водителя _____

Даты прибытия и убытия в санаторий _____

1. Парковка санатория является неохраняемой. Размещение транспортных средств на территории санатория не является заключением договора хранения. Администрация санатория не несет ответственность за утрату, хищение, повреждение или нарушение комплектности транспортных средств, за утрату, хищение любого другого имущества, размещенного на территории парковок, в том числе оставленного в транспортном средстве.

2. На территории санатория необходимо строго соблюдать скоростной режим и требования дорожных знаков и объявлений, установленных на территории санатория.

3. Сотрудники охраны имеют право осуществить досмотр автотранспортных средств, с целью предотвращения террористических актов.

4. При движении автомобиля к месту стоянки скорость движения по территории санатория не должна превышать 20 км/час.

5. Категорически запрещается:

- парковка автотранспортных средств на люках, травяных газонах,

- перегораживать существующие проезды.

С указанными выше правилами проезда, парковки и движения ТС на территории ООО «Санаторий «Орен-Крым» ознакомлен(а) и согласен (согласна).

«__» _____ 20__ г. _____
(подпись)



ОРЕН·КРЫМ

ЗА ЗДОРОВЬЕМ – К НАМ!

Директору
ООО «Санаторий «Орен-Крым»
Селину В.А.

от _____
_____ (ФИО)

Проживающего по адресу:

тел. _____

Прошу Вашего разрешения на пребывание вместе с родителями (законными или иными представителями) в санатории ребенка _____

(фамилия, имя и отчество полностью)

_____ лет (_____)
(число, месяц, год рождения)

Я ознакомлен, что санаторий не предоставляет детям такого возраста специализированное питание, лечение и обеспечение детскими креслами, стульчиками, кроватками, колясками и т. п.

Всю ответственность за пребывание ребенка, обеспечение его в случае необходимости специализированным детским питанием, лечением принимаю на себя.

С правилами пребывания, проживания и предоставления санаторно-курортных услуг в санатории и прейскурантом цен ознакомлен (а) и согласен (сна).

В случае причинения ущерба принимаю на себя обязательства по его возмещению.

« ___ » _____ 20 ____ г.

(подпись)