

Дополнительное согласие к договору
об оказании платных медицинских услуг.

г. Красноярск

« ____ » _____ 20__ г.

В связи с эпидемиологической обстановкой и объявленным карантином

Я, _____ согласна на
(Фамилия Имя Отчество)

получение дистанционной консультации от _____.

Я осознаю что данная форма медицинской услуги связана с обеспечением максимальной безопасности моего здоровья и здоровья медицинского персонала клиники.