

Государственное учреждение здравоохранения
«Городская поликлиника»

Акт о не предоставлении документа, удостоверяющего личность

Мы, нижеподписавшиеся старший администратор, заведующий терапевтическим отделением – врач-терапевт Карabanова Н.А., старшая медицинская сестра филиала Никитина Л.А., администратор Ольхова О.А. составили настоящий акт о том, что 31.01.2024 г. при заключении договора на оказание платных медицинских услуг, оформлении согласия на обработку персональных данных и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство пациент _____ (записано со слов пациента / на основании копии паспорта / на основании удостоверения _____ (студенческого, пенсионного, ветерана труда и т.д.)) отказался предоставить оригинал документа, удостоверяющего личность. Идентифицировать личность не представляется возможным.

Акт составлен в _____ часов _____ минут по Московскому времени в здании поликлиники по адресу: _____ в помещении № _____ этаж _____.

старший администратор,
заведующий терапевтическим отделением –
врач-терапевт

Н.А. Карabanова

старшая медицинская сестра
филиала

Л.А. Никитина

администратор

О.А. Ольхова

31.01.2024