**Общество с ограниченной ответственностью «Клинический Институт Регенеративной Медицины»**

119192 г. Москва Мичуринский проспект д.7 помещ. .XLVII/1; ИНН 7729489390; КПП 502901001

Настоящим подтверждаю, что осознаю опасность угрозы распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в связи с чем обязуюсь соблюдать дополнительные правила, установленные ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» в целях профилактики распространения инфекции, в том числе прямо не установленные какими- либо нормативными актами государственных органов, но направленные на сохранение здоровья и жизни пациентов медицинской организации в сложной ситуации массового распространения инфекции.

Выражаю согласие на то, что в случае несоблюдения этих правил, ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» имеет право отказать мне в оказании услуг.

В связи с тем, что в ряде документов установлены правила, обязательные для всех граждан, находящихся на территории г. Москвы, я подтверждаю, что до принятия решения об обращении в ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» я ознакомлен(а) с:

* Указом мэра Москвы от 4 апреля 2020 года № 39-УМ "О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ»;
* Информацией о мерах профилактики коронавируса, размещенной на официальном сайте Роспотребнадзора <https://rospotrebnadzor.ru/>в разделе «Коронавирус».

Кроме того:

* я на момент обращения в ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» не имею первых респираторных симптомов коронавируса;
* я не являюсь носителем и не проживаю совместно с гражданами, являющимися носителями новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV);
* в отношении меня и или/ моих близких постановлением санитарного врача не был установлен режим изоляции на дому;
* я обязуюсь соблюдать дистанцию до других граждан не менее 1,5 метров (социальное дистанцирование);
* я обязуюсь соблюдать требования сотрудников медицинского учреждения в части профилактики распространения коронавирусной инфекции (дезинфицировать руки, использовать средства индивидуальной защиты);
* в случае выявления у меня или совместно проживаемых со мной лиц коронавирусной инфекции (2019-nCoV) незамедлительно сообщить в ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» любым доступным способом (по электронной почте, смс сообщением, по телефону). Я подтверждаю, что понимаю опасность заражения других пациентов и работников медицинского учреждения в случае своевременного несообщения данной информации;
* подтверждаю, что сокрытие мной какой-либо информации о коронавирусной инфекции (2019-nCoV) может повлечь впоследствии привлечение меня к ответственности вплоть до уголовной, ознакомлен с содержанием статей 6.3. КоАП РФ «Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения КоАП РФ», ст. 236 УК РФ «Нарушение санитарно-эпидемиологических правил».

Перед началом приема в ООО «Клинический Институт Регенеративной Медицины» мне продезинфицировали руки, провели термометрию (t \_\_\_\_\_\_\_\_° С); пульсоксиметрию (SpO2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

(Ф.И.О.)