UAB“ Akių gydytojų praktika“ , V. Grybo 17-127, Vilnius

 Administracijai

**SUTIKIMAS / NESUTIKIMAS**

 20.............................

Aš, ……………………………………………………………………………./ motina/tėvas/globėjas

**neprieštarauju / prieštarauju (teisingą pabraukti)**,

kad mane / mano nepilnametį dukrą/sūnų/globotinį :

1. **filmuotų** vaizdo stebėjimo kameros įmonės patalpose (koridoriuje ir registratūroje) asmens ir turto ( asmeninio ir įstaigos) saugumui užtikrinti.
2. **filmuotų/fotografuotų personalo darbuotojai** ligų diagnostikai ir ligos eigos stebėjimui
3. Neprieštarauju/prieštarauju, kad man /mano nepilnamečiam dukrai/sūnui/globotiniui būtų atliekami tyrimai ir skirtas gydymas. Suprantu, kad tyrimų bei gydymo eigoje gali kilti komplikacijų

( alerginių reakcijų, anafilaksinis šokas, pašalinis vaistų poveikis)

1. Sutinku mokėti už paslaugas (žr. Kainoraštis).
2. Su UAB „Akių gydytojų praktika“ vidaus taisyklėmis susipažinau.
3. Sutinku, kad man pageidaujant (mano / nepilnamečio vaiko) apsilankymo išrašas būtų siunčiamas mano nurodytu el- paštu:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Su Praktikos vidaus taisyklėmis susipažinau.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (parašas) (vardas ir pavardė)

*Kadangi „ Akių gydytojų praktika“ yra Vilniaus universiteto rezidentūros bazė, apžiūroje kartu su Praktikos gydytoju gali dalyvauti gydytojas rezidentas. Pažymėkite teisingą ir pasirašykite*

 ***Sutinku / Nesutinku*** *------------------------*

parašas

**Sutikimas saugomas 5 metus po pasirašymo dienos duomenų bazėje.**

Subjekto teisės užtikrinamos kreipiantis į įmonės administraciją UAB ,,Akių gydytojų praktika“ ,

V. Grybo g. 17-127, Vilnius.