



ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № _____ Дата подачи заявления: _____

Заказчик: _____ (ФИО полностью) _____

Дата рождения: _____

Адрес регистрации: _____

Адрес проживания: _____

Документ, удостоверяющий личность (паспорт) _____

Телефон и эл адрес: _____

Сведения о Заказчике: Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, адрес по месту постоянной регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия и номер, дата выдачи, наименование выдавшего органа; код подразделения; контактный телефон и адрес электронной почты (при наличии).

принимает Оферту №1 о заключении договора на оказание медицинских и иных услуг от 24.05.2021 (далее по тексту – Оферта), в соответствии с которой ООО «ПМ Клиник» обязуется оказать медицинские и иные услуги следующему лицу:

ПАЦИЕНТ: (если Заказчик является Пациентом, в поле делается пометка «Заказчик») _____

Сведения о Пациенте: Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, контактный телефон (при наличии).

Термины, определенные в Оферте, применимы к настоящему заявлению, если по тексту заявления прямо не предусмотрено иное.

1. Заказчик осведомлен (а) о том, что Клиника не участвует в территориальной программе государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – «Программа государственных гарантий»); (б) о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий в медицинских организациях, принимающих в ней участие.

2. Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских и иных услуг и исполнения условий Оферты предоставляет ООО «ПМ Клиник» согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, хранение, уточнение, извлечение, использование, передачу (доступ третьим лицам, уполномоченным осуществлять обработку данных в связи с технической необходимостью), обезличивание, блокирование, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных и паспортных данных, информации, составляющей врачебную тайну, сроком на период хранения медицинской документации и срока действия договора. Заказчик предоставляет ООО «ПМ Клиник» согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием услуг, в том числе: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием, о готовности результатов исследований и анализов.

Заказчик вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

3. Заказчик согласен на рассылку рекламных и познавательных материалов от ООО «ПМ Клиник» с использованием контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах.

4. Д НЕ

5. Заказчик согласен на электронное взаимодействие с ООО «ПМ Клиник» путем получения электронных образов финансовых, медицинских (применимо, если Заказчик выступает Пациентом) и иных документов, запросов о состоянии здоровья и ходе соблюдения назначений на адрес электронной почты и контактный телефон (в т.ч. посредством мессенджеров), указанные в настоящем Заявлении или иных документах.

ДА НЕТ

6. Заказчик назначает третье лицо в качестве своего представителя при взаимодействии с ООО «ПМ Клиник» с правом получения на руки финансовых и медицинских документов (применимо, если Заказчик выступает Пациентом), консультационных отчетов и иных документов, возникающих в ходе реализации Договора.

ДА НЕТ

Сведения о Представителе: Ф.И.О. полностью, паспортные данные, контактный телефон (при наличии).

Заказчик принимает условия Оферты, ознакомлен с прейскурантом, режимом работы и правилами внутреннего распорядка ООО «ПМ Клиник», экземпляр Оферты на руки получил.

ПРИНЯТО КЛИНИКОЙ: _____ / _____ / М.П.