

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

об акцепте публичной оферты о заключении договора на оказание медицинских услуг
ООО “БАВАРИЯ РЕХА” № _____

ФИО полностью: _____

Дата рождения: __.__.____

Фактический адрес проживания: _____

Адрес по месту постоянной регистрации: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия _____ № _____

Кем выдан _____

Дата выдачи __.__.____ Код подразделения _____

Контактный телефон: _____

Адрес электронной почты: _____

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик принимаю публичное предложение (оферту) ООО “БАВАРИЯ РЕХА” (далее - “Клиника”) № 1 от “3” февраля 2022 года о заключении договора на оказание медицинских услуг (далее - “Договор”), в соответствии с которым Клиника обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

ПАЦИЕНТ (если Заказчик является Пациентом, поле не заполняется):

ФИО полностью: _____

Дата рождения: __.__.____

Фактический адрес проживания: _____

Контактный телефон: _____

- заявляю, что ознакомился и согласен с условиями публичного предложения (оферты) на оказание медицинских услуг ООО “БАВАРИЯ РЕХА” № 1 от “3” февраля 2022 года, преискурантом Клиники, режимом работы, правилами внутреннего распорядка Клиники. Подписывая настоящее Заявление, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия акцепта оферты Клиники.
- даю свое согласие, в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ “О персональных данных”, на обработку персональных данных, предоставляемых мною в настоящем заявлении, в целях исполнения Договора, в том числе согласие на предоставление моих персональных данных Пациенту для соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, а также лицам, уполномоченным Клиникой осуществлять обработку персональных данных исключительно в медицинских целях в связи с технической необходимостью (при условии соблюдения режима конфиденциальности в отношении обрабатываемых персональных данных).

Дополнительное условие Договора:

Назначить третье лицо моим представителем в Клинике: **ДА** **НЕТ**

- Представитель вправе представлять интересы Заказчика в Клинике при проведении финансовых расчетов за медицинские услуги и приемке оказанных услуг, выполнять все действия, связанные с этим поручением, расписываться за Заказчика в документах, адресованных Заказчику/Клинике от Заказчика. Заказчик обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Клинике сразу после их предоставления.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (заполняется при желании Заказчика назначить представителя):

ФИО полностью: _____

Дата рождения: __.__.____

Фактический адрес проживания: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия _____ № _____

Кем выдан _____

Дата выдачи __.__.____ Код подразделения _____

Контактный телефон: _____

Взаимоотношения сторон в рамках настоящего Заявления регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

_____/_____/_____
Подпись Заказчика/ФИО заказчика/Дата