

**Заявление Заказчика
об акцепте публичной оферты
о заключении договора на оказание медицинских услуг
ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АТЛАС» №_____**

Ф.И.О. полностью_____ дата рождения_____

Фактический адрес проживания:_____

Адрес по месту постоянной регистрации:_____

(если совпадает с адресом проживания, не указывается)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия_____ №_____, дата выдачи_____

наименование выдавшего органа:_____

Контактный телефон:_____ Адрес электронной почты:_____

именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик**, принимаю публичное предложение (оферту) ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АТЛАС» (далее – «Клиника») № 1 от «___» _____ 2021 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):

Ф.И.О. полностью_____ дата рождения_____

Фактический адрес проживания:_____

Контактный телефон:_____

- **заявляю**, что ознакомился и согласен с условиями публичного предложения (оферты) на оказание медицинских услуг ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АТЛАС» №1 от «___» _____ 2020 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 предложения (оферты) Клиники.

- **даю свое согласие**, в соответствии со ст.9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», на обработку персональных данных, представленных 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 N 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:

1. 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, в том числе (но не ограничиваясь) на заявлении на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки. Заказчик обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Клинике сразу после их предоставления.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (заполняется при желании Заказчика назначить представителя):

Ф.И.О. полностью_____ дата рождения_____

Фактический адрес проживания:_____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия_____ №_____, дата

выдачи_____, наименование выдавшего органа:_____

Контактный телефон:_____

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

_____ / _____ / _____		
ФИО	Место для подписи	Дата
_____ / _____ / _____		
ФИО	Место для подписи	Дата