

**Заявление Заказчика
об акцепте публичной оферты
о заключении договора
на оказание медицинских услуг
ООО «Нейро-клиника» №**

Ф.И.О. полностью _____ дата рождения _____
Фактический адрес проживания: _____
Адрес по месту постоянной регистрации: _____
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 «Нейро-Клиника»** (далее - «Клиника») №1 от «25» февраля 2022 года о заключении договора на оказание медицинских услуг (далее -«Договор») 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 «Нейро-клиника» №1 от «25» февраля 2023 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 №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___ НЕГ___

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*