**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА №**

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

*далее по тексту – «Заказчик»*

**принимает оферты № 2 АО «ЕМЦ» (ОГРН: 1027739031418) и оферту ООО «МОЦ» (ОГРН: 1195081061438),** *далее по тексту – «Клиники»* о заключении договора на оказание медицинских услуг от 17.08.2022 года, *далее по тексту – «Оферта»*, в соответствии с которой Клиники обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

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

Заказчик осведомлен о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам Клиник не влечет изменения условий Оферт, если иное не предусмотрено в соглашении.

Заказчик осведомлен о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий Российской Федерации бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Заказчик соглашается с условием о возможности подписания настоящего заявления заказчика с помощью простой электронной подписи в электронных сервисах Клиники, с помощью номера мобильного телефона при наличии технической возможности со стороны Клиник.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:**

1. Назначить третье лицо моим представителем в Клиниках: ДА / НЕТ

(подчеркнуть нужное)

Представитель вправе представлять интересы Заказчика в Клиниках 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/ Клиникам от Заказчика, в том числе заявление на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки.

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:*

*серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

Заказчик обязан уведомить вышеуказанного представителя о передаче его персональных данных Клиникам.

Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет Клиникам согласие на обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях исполнения условий Оферты и в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Клиники обязуется осуществлять передачу персональных данных третьим лицам только в целях диагностики и лечения Пациента при условии соблюдения режима конфиденциальности.

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

1. Установить для Пациента запрет на раскрытие информации о стоимости услуг: ДА / НЕТ

(подчеркнуть нужное)

Заказчик ознакомился с условиями оферт, прейскурантом Клиник, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Клиник, экземпляр Оферты на руки получил.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись Заказчика