

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА И ПАЦИЕНТА**

г. Москва

Дата \_\_\_\_\_

ЗАКАЗЧИК	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	
реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи	
контактный телефон	
адрес электронной почты	

1. Заказчик и Пациент принимают от ООО «ДЖИ ЭМ ЭС ДЕНТАЛ» (ОГРН: 5147746196824) (далее – Клиника) Публичную Оферту № 1 на заключение договора на оказание медицинских услуг, размещенную на официальном сайте Клиники <https://www.gmsdental.ru/gms/licence/>, в соответствии с которой Клиника обязуется оказать медицинские услуги Пациенту:

ПАЦИЕНТ	
Пациент и Заказчик являются одним лицом: ДА/НЕТ <i>(подчеркнуть нужное)</i>	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	

2. Заказчик и Пациент осведомлены 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.

3. Пациент просит направлять результаты исследований и информацию о медицинских услугах Клиники по электронной почте или третьему лицу, письменно указанному Пациентом (ФИО и адрес регистрации) в п.4 заявления.

ДА/НЕТ  
*(подчеркнуть нужное)*

Пациент предоставляет согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике, на указанный Пациентом адрес электронной почты и/или номер телефона.

Пациент информирован, отдает отчет и согласен, что при передаче информации через электронную почту, третьих лиц, существуют риски разглашения и использования информации третьими лицами, при любом неуполномоченном доступе во время передачи информации по любым каналам и способам связи. Пациент понимает возможность появления данных рисков и согласен принять эти риски на себя. Кроме того, Пациент отказывается от любых претензий за неполучение информации в случае повреждения, нарушения настроек, сбоев в телефонной связи и в электронной почте. При получении доступа к медицинской информации третьим лицом – это третье лицо не несет финансовой ответственности по договору.

ДА/НЕТ  
*(подчеркнуть нужное)*

4. Назначить третье лицо представителем Заказчика в Клинике:

ДА/НЕТ  
*(подчеркнуть нужное)*

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 заявление на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки.

ТРЕТЬЕ ЛИЦО

ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	
реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи	

---

*Подпись Заказчика*

---

*Подпись Пациента*