

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА И ПАЦИЕНТА
о принятии условий публичной оферты**

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 ДЕНТАЛЪ» (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	
контактный телефон	
адрес электронной почты	

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. При выборе (подчеркивании) «ДА» в п. 3.1. и/или п. 3.2. заявления, 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.

3.1. Пациент предоставляет согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике, **себе** на указанный в п. 1 заявления Пациентом адрес электронной почты и/или номер телефона.

ДА/НЕТ
(подчеркнуть нужное)

3.2. Пациент просит направлять результаты своих исследований и информацию о медицинских услугах Клиники третьему лицу, письменно указанному Пациентом в п.4 заявления.

ДА/НЕТ
(подчеркнуть нужное)

4. Третье лицо:

ТРЕТЬЕ ЛИЦО

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

Назначить третье лицо представителем Заказчика в Клинике. 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.

ДА/НЕТ
(подчеркнуть нужное)

Подпись Заказчика

Подпись Пациента