ООО «Современные медицинские технологии»
ООО «СМТ») /Центр спортивной медицины и реабилитации ПОЛЕТ
г. Ярославль, ул. Угличская, д.12

Заявление Пациента/Законного представителя/Представителя-физического лица
о присоединении к публичному Договору-оферте
на оказание платных медицинских услуг

г. Ярославль «_____»_____ 20___

Я,_____,
(фамилия, имя, отчество Пациента/Законного представителя/Представителя по доверенности)
дата рождения «___»_____, паспорт серия: _____, номер: _____, выданный (кем, когда): _____,
зарегистрирован____ по адресу: _____,
тел. _____, e-mail: _____
именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент»/»Законный представитель»/ «Представитель»
действующий на основании _____
_____
дата и номер доверенности (для представителя Пациента), реквизиты свидетельства о рождении пациента до 14 лет/паспорта для пациента от 14 до 18 лет

заявляю, что:

- ознакомился (ознакомилась) с условиями публичного Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «СМТ», действующего на дату подписания настоящего Заявления, а также Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «СМТ», Правилами внутреннего распорядка Клиники и Прейскурантом, выражаю свое согласие с изложенными в них условиями, правами и обязанностями сторон, обязуюсь их выполнять.
- Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой).
- Я соглашаюсь с тем, что:
  1) при необходимости выполнения курса лечения перечень медицинских услуг определяется лечащим врачом на основании жалоб Пациента, сбора анамнеза, результатов лабораторных и/или инструментальных исследований (если таковые выполнялись), выставленного врачом диагноза и отражается в медицинской карте в виде Плана лечения;
  2) на основании Плана лечения составляется Предварительный расчет, предусматривающий планируемый перечень услуг и их приблизительную стоимость, которые в процессе лечения могут быть изменены в случаях, предусмотренных Договором-офертой;
  3) во всех остальных случаях (кроме курса лечения) перечень медицинских услуг при каждом обращении в Клинику определяется соглашением сторон, их количество и стоимость указываются в кассовом чеке при оплате, который является акцептом актуальной редакции оферты, размещенной на сайте Клиники и в зоне ресепшен.
  4) кассовый чек во всех случаях подтверждает факт оказания Пациенту указанных в нем услуг.
- Выражаю свое согласие на оказание медицинских услуг на изложенных в Договоре-оферте условиях Пациенту _____,
  ФИО, дата рождения
  Законным представителем/Представителем по доверенности которого я являюсь.

- Прошу считать настоящее заявление акцептом публичного Договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «СМТ», который действует при каждом последующем моем обращении в Клинику.

_____ / _____/
Подпись Пациента/ Законного представителя/ Представителя *Расшифровка*

