



Общество с ограниченной  
ответственностью  
«МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»  
(ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»)

ИНН 7730245060  
КПП 773001001

Юридический и фактический  
адрес: 121170, город Москва,  
проспект Кутузовский, д 32,  
корпус 1, эт/пом 1/1.143

р/с 40702 810 0380 0019 4529  
БИК 044525225 в ПАО СБЕРБАНК  
г. Москва  
к/с 30101 810 4000 0000 0225

тел.: +7 (495) 139-63-61  
e-mail: info@mymedex.ru  
website: mymedex.ru

### ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № \_\_\_\_

Город Москва

Дата \_\_\_\_\_

<b>ЗАКАЗЧИК</b> (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
--	--

Заказчик принимает от ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» Оферту о заключении договора на оказание платных медицинских услуг в редакции от \_\_\_\_\_ (далее – Оферта), в соответствии с которой ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» обязуется оказать медицинские и, при необходимости, сопутствующие услуги пациенту (далее по тексту – Пациент):

<b>ПАЦИЕНТ</b> (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):	
---	--

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.

Назначить третье лицо моим представителем (выбрать):

ДА

НЕТ

<b>ПРЕДСТАВИТЕЛЬ</b> (заполняется при необходимости) (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
---	--

Представитель вправе представлять интересы Заказчика в ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» 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/ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» от Заказчика, в том числе заявление на возврат/зачет денежных средств без права их получения. Заказчик обязан уведомить вышеуказанного представителя о передаче его персональных данных ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».

\*\*\*

Направлять финансовую информацию по электронной почте (по запросу):

ДА

НЕТ

Направлять информационные рассылки и рекламные предложения, иную информацию, связанную с оказанием медицинских услуг, по электронной почте или push-уведомлениями через сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», или по SMS (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах):

ДА

НЕТ

\*\*\*

Заказчик осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются страховой компанией в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, оплачиваются Заказчиком отдельно по действующему Прейскуранту ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» на условиях действующей в такой момент оферты на оказание медицинских услуг (в том числе в случаях, если по страховой программе Пациента (Заказчика) предусмотрена «франшиза» (предусмотренное условиями страхования освобождение страховщика от возмещения оговоренной части убытков страхователя).

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, прейскурантом ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения, экземпляр Оферты на руки получил.

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, подпись