

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № ____

Город Москва

Дата _____

ЗАКАЗЧИК (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 30.09.2024. (далее – Оферта), в соответствии с которой ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» обязуется оказать медицинские и, при необходимости, сопутствующие услуги пациенту (далее по тексту – Пациент):

ПАЦИЕНТ (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):

Заказчик осведомлен о возможности получения медицинской помощи в иных медицинских организациях 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****ПРЕДСТАВИТЕЛЬ** (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 в заявлении 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 и иную информацию, связанную с исполнением договора, по электронной почте, через информационные сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» * или по SMS/сервисам мгновенного обмена сообщениями (Viber, WhatsApp, Telegram) (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах) (по запросу):

 ДА **НЕТ**

Направлять информационные рассылки и рекламные предложения по электронной почте, через информационные сервисы ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС»* или по SMS/сервисам мгновенного обмена сообщениями (Viber, WhatsApp, Telegram) (с использованием моих контактных данных, указанных в настоящем Заявлении или иных документах):

 ДА **НЕТ**

Выражая согласие на получение информации и документов в электронном виде, я обязуюсь обеспечивать конфиденциальность доступа к принадлежащим мне средствам электронной связи и самостоятельно не несу ответственность за доступ третьих лиц к передаваемой мне информации вне информационных систем ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС».

* Порядок и условия использования информационных сервисов ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС» размещены в публичном доступе на официальном сайте: по ссылке <https://mymedex.ru/pravovaya-informacia.html>.

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 Пациента).

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, прейскурантом ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС», режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения, размещенными на стендах и ресепшн ООО «МЕДЭКСПЕРТ ПЛЮС». Также он вправе дополнительно с ними ознакомиться на официальном сайте по ссылке: <https://mymedex.ru/dogovor-ob-okazanii-platnyix-mediczinskix-uslug.html>, по необходимости Заказчик вправе запросить бумажный экземпляр Оферты для вручения ему на руки.

ФИО полностью, подпись