

**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 ХОСПИТАЛ» (ОГРН: 1167746053749) (далее – Клиника) Публичную Оферту № 1 на заключение договора на оказание медицинских услуг, размещенную на официальном сайте Клиники <https://www.gmshospital.ru/about/offer/>, в соответствии с которой Клиника обязуется оказать медицинские услуги Пациенту:

| ПАЦИЕНТ                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Пациент и Заказчик являются одним лицом:<br><b>ДА/НЕТ</b><br><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)*

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