

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Балашиха

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ

Настоящим заявлением я (указываются данные лица, которое оплачивает медицинские услуги, далее - «Заказчик»):

Ф.И.О.: _____

Адрес регистрации: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место рождения _____

Контактный телефон: _____ **E-mail:** _____

2. ПРИНЯТИЕ УСЛОВИЙ ОФЕРТЫ

Принимаю в полном объеме Публичную оферту Общества с ограниченной ответственностью «Витаминка» (адрес в пределах места нахождения: 143905, Московская область, г. Балашиха, ул. Свердлова, д.32, пом.259, ОГРН 1125001006217, ИНН: 5001091850, КПП: 500101001, далее - «Исполнитель») в редакции от «01» сентября 2026 года о заключении договора оказания платных медицинских услуг (далее - «Договор»), размещенную на официальном сайте Исполнителя <http://vitaminka.center> и на информационных стендах клиник Исполнителя, в пользу следующего лица (далее - «Потребитель»):

Ф.И.О. Потребителя: _____

Если медицинские услуги получает Заказчик, указать: «Заказчик является Потребителем»

Адрес регистрации: _____

Дата рождения: _____ **Пол:** Ж

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____
_____ место рождения _____

Контактный телефон: _____ **E-mail:** _____

Я обязуюсь оплачивать оказанные медицинские услуги в соответствии с действующим Прейскурантом и условиями Договора.

3. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЗАКАЗЧИКА

Я подтверждаю, что:

- ознакомлен(а) и согласен(на) с Публичной офертой (введена в действие с 01.09.2026), Прейскурантом, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Исполнителя;
- осведомлен(а) 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;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (в лице медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- уведомлен(а) о том, что в соответствии с пунктом 36 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659, Исполнитель обязан передавать сведения в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в соответствии с требованиями законодательства.

4. УСЛОВИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЭЛЕКТРОННОГО СПОСОБА ПОДПИСАНИЯ

Я ознакомлен(а) с условиями использования соответствующих электронных сервисов и Политикой конфиденциальности.

4.1. При выборе способа подписания через официальный сайт Исполнителя (<http://vitaminka.center>):

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Исполнителю для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов через официальный сайт.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием официального сайта Исполнителя имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4.2. При выборе способа подписания через мобильное приложение Исполнителя:

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Исполнителю для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов через мобильное приложение.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием мобильного приложения Исполнителя имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4. УСЛОВИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЭЛЕКТРОННОГО СПОСОБА ПОДПИСАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**4.3. При выборе способа подписания через Сервис ЭДО «Безбумажный офис F.Doc» (<https://fdoc.ru/>):**

Я ознакомлен(а) с условиями использования Сервиса ЭДО и Политикой конфиденциальности Оператора ЭДО - Закрытого акционерного общества «Центр Цифровых Сертификатов» (ЗАО «ЦЦС»), размещенными на сайте <https://fdoc.ru/>.

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Оператору ЭДО (ЗАО «ЦЦС») для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием Сервиса ЭДО имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4.4. Я подтверждаю, что:

- отказ от подписания Договора через электронные сервисы не является основанием для отказа в оказании медицинских услуг и не ухудшает их качество и сроки;
- я понимаю, что выбираю только один из способов подписания, указанных в пунктах 4.1-4.3 настоящего Заявления, и моё согласие на передачу персональных данных действует только в отношении выбранного мной способа.

5. СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Я поручаю назначить третье лицо в качестве моего представителя в отношениях с Исполнителем:

Представитель имеет право выполнять все действия, связанные с проведением расчетов и приемкой медицинских услуг от имени Заказчика, расписываться от имени Заказчика в любых документах, получать денежные средства на руки. Заказчик обязан уведомить своего представителя о передаче его персональных данных Исполнителю.

Ф.И.О. Представителя: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место рождения _____

Контактный телефон: _____ **E-mail:** _____

6. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Обработка персональных данных осуществляется ООО «Витаминка» в соответствии с законодательством Российской Федерации и Политикой обработки персональных данных.

7. ПОДПИСИ СТОРОН

Фамилия и инициалы Заказчика: _____

Подпись: _____

Принято в день, указанный в настоящем заявлении

Представитель по доверенности № _____ от _____

20__ г.

ООО «Витаминка»

М.П.

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ПУБЛИЧНОЙ ОФЕРТЕ О ЗАКЛЮЧЕНИИ ДОГОВОРА ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Балашиха

1. СВЕДЕНИЯ О ЗАКАЗЧИКЕ

Настоящим заявлением я (указываются данные лица, которое оплачивает медицинские услуги, далее - «Заказчик»):

Ф.И.О.: _____

Адрес регистрации: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место рождения _____

Контактный телефон: _____ **E-mail:** _____

2. ПРИНЯТИЕ УСЛОВИЙ ОФЕРТЫ

Принимаю в полном объеме Публичную оферту Общества с ограниченной ответственностью «Витаминка» (адрес в пределах места нахождения: 143905, Московская область, г. Балашиха, ул. Свердлова, д.32, пом.259, ОГРН 1125001006217, ИНН: 5001091850, КПП: 500101001, далее - «Исполнитель») в редакции от «01» сентября 2026 года о заключении договора оказания платных медицинских услуг (далее - «Договор»), размещенную на официальном сайте Исполнителя <http://vitaminka.center> и на информационных стендах клиник Исполнителя, в пользу следующего лица (далее - «Потребитель»):

Ф.И.О. Потребителя: _____

Адрес регистрации: _____

Дата рождения: _____

Паспорт: серия _____ номер _____ выдан _____

_____ код подразд. _____ место рождения _____

Контактный телефон: _____ **E-mail:** _____

Я обязуюсь оплачивать оказанные медицинские услуги в соответствии с действующим Прейскурантом и условиями Договора.

3. ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ЗАКАЗЧИКА

Я подтверждаю, что:

- ознакомлен(а) и согласен(на) с Публичной офертой (введена в действие с 01.09.2026), Прейскурантом, режимом работы и правилами внутреннего распорядка Исполнителя;
- осведомлен(а) 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;
- уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (в лице медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;
- уведомлен(а) о том, что в соответствии с пунктом 36 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659, Исполнитель обязан передавать сведения в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в соответствии с требованиями законодательства.

4. УСЛОВИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЭЛЕКТРОННОГО СПОСОБА ПОДПИСАНИЯ

Я ознакомлен(а) с условиями использования соответствующих электронных сервисов и Политикой конфиденциальности.

4.1. При выборе способа подписания через официальный сайт Исполнителя (<http://vitaminka.center>):

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Исполнителю для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов через официальный сайт.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием официального сайта Исполнителя имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4.2. При выборе способа подписания через мобильное приложение Исполнителя:

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Исполнителю для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов через мобильное приложение.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием мобильного приложения Исполнителя имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4. УСЛОВИЯ ПРИ ВЫБОРЕ ЭЛЕКТРОННОГО СПОСОБА ПОДПИСАНИЯ (ПРОДОЛЖЕНИЕ)**4.3. При выборе способа подписания через Сервис ЭДО «Безбумажный офис F.Doc» (<https://fdoc.ru/>):**

Я ознакомлен(а) с условиями использования Сервиса ЭДО и Политикой конфиденциальности Оператора ЭДО - Закрытого акционерного общества «Центр Цифровых Сертификатов» (ЗАО «ЦЦС»), размещенными на сайте <https://fdoc.ru/>.

Я согласен(на) на передачу моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес электронной почты, номер телефона) Оператору ЭДО (ЗАО «ЦЦС») для целей заключения и исполнения Договора, а также для идентификации лица при подписании электронных документов.

Я понимаю, что подписание Договора с использованием Сервиса ЭДО имеет равную юридическую силу с собственноручной подписью на бумажном носителе в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи».

4.4. Я подтверждаю, что:

- отказ от подписания Договора через электронные сервисы не является основанием для отказа в оказании медицинских услуг и не ухудшает их качество и сроки;
- я понимаю, что выбираю только один из способов подписания, указанных в пунктах 4.1-4.3 настоящего Заявления, и моё согласие на передачу персональных данных действует только в отношении выбранного мной способа.

5. СВЕДЕНИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ (ПРИ НАЛИЧИИ)

Я поручаю назначить третье лицо в качестве моего представителя в отношениях с Исполнителем:

Представитель имеет право выполнять все действия, связанные с проведением расчетов и приемкой медицинских услуг от имени Заказчика, расписываться от имени Заказчика в любых документах, получать денежные средства на руки. Заказчик обязан уведомить своего представителя о передаче его персональных данных Исполнителю.

Ф.И.О. Представителя:

Паспорт: серия _____ № _____, выдан _____.20__ г.

Контактный телефон: _____ Е-mail: _____

6. ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Обработка персональных данных осуществляется ООО «Витаминка» в соответствии с законодательством Российской Федерации и Политикой обработки персональных данных.

7. ПОДПИСИ СТОРОН

Фамилия и инициалы Заказчика: _____

Подпись: _____

Принято в день, указанный в настоящем заявлении

Представитель по доверенности № _____ от _____

20__ г.

ООО «Витаминка»

М.П.