

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА И ПАЦИЕНТА

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 «Прогресс-Мед» (ОГРН: 1027707008075) (далее – Клиника) Публичную Оферту № 2 на заключение договора на оказание медицинских услуг, размещенную на официальном сайте Клиники <https://www.gmsclinic.ru/gms/legal>, а также на сайте <https://www.progress-med.ru/> в соответствии с которой Клиника обязуется оказать медицинские услуги Пациенту:

ПАЦИЕНТ	
Пациент и Заказчик являются одним лицом: ДА/НЕТ <i>(подчеркнуть нужное)</i>	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	

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. Пациент предоставляет согласие на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике, на указанный Пациентом адрес электронной почты и/или номер телефона:

ДА/НЕТ
(подчеркнуть нужное)

4. Назначить третье лицо представителем Заказчика в Клинике:

ДА/НЕТ
(подчеркнуть нужное)

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.

ТРЕТЬЕ ЛИЦО	
ФИО	
дата рождения	
адрес проживания	
адрес регистрации	
реквизиты документа, удостоверяющего личность: серия и номер, дата выдачи, орган выдачи	

Подпись Заказчика

Подпись Пациента