



ЮСУПОВСКАЯ
БОЛЬНИЦА
ЗДОРОВЬЕ И КОМФОРТ
НАШЕГО ПАЦИЕНТА – ПРЕВЫШЕ ВСЕГО

ЗАЯВЛЕНИЕ
об акцепте публичной оферты
о заключении договора
на оказание медицинских услуг
ООО «Нейро-клиника» № _____

Ф.И.О. _____ **дата**
полностью: _____ **рождения:** _____

Фактический адрес
проживания: _____

Адрес по месту постоянной
регистрации: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего _____ **дата**
личность (паспорт): серия _____ **№** _____ **выдачи:** _____

Наименование
выдавшего органа: _____

Контактный
телефон: _____ **Адрес электронной почты:** _____

именуемый(ая) в дальнейшем **Заказчик, принимаю публичное предложение (оферту)**
ООО «Нейро-клиника» (далее «**Клиника**») от «15» мая 2026 года о заключении
договора на оказание медицинских услуг (далее «**Договор**»), в соответствии с которым
Клиника обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

ПАЦИЕНТ (если Заказчик является Пациентом, поле не заполняется):

Ф.И.О. полностью: _____ **дата рождения:** _____

Фактический адрес проживания: _____

Контактный телефон: _____

Настоящим я, _____, для целей информирования оказания
медицинских и сопутствующих услуг ПРОШУ зарегистрировать личный кабинет
пользователя, логин для регистрации и пользования - **заявляю**, что ознакомился и
согласен с условиями публичного предложения (оферты) на оказание медицинских
услуг ООО

«Нейро-клиника» от «15» мая 2026 года, преискурантом Клиники, режимом работы,
правилами внутреннего распорядка Клиники. Подписывая настоящее Заявление, я
подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные
последствия акцепта предложения (оферты) Клиники.

- даю свое согласие, в соответствии со ст.9 ФЗ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных
данных», на обработку персональных данных, представленных мною в настоящем
заявлении, в целях исполнения Договора, в том числе согласие на предоставление моих
персональных данных Пациенту для соблюдения требований Правил предоставления
медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных
Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736 "Об утверждении Правил

предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006",

- а также лицам, уполномоченным Клиникой осуществлять обработку персональных данных исключительно в медицинских целях в связи с технической необходимостью (при условии соблюдения режима конфиденциальности в отношении обрабатываемых персональных данных).

Дополнительное условие Договора:

1. Назначить третье лицо моим представителем в Клинике: ДА X НЕТ

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 (но не ограничиваясь) на заявлении на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки. Заказчик обязан уведомить представителя о передаче его персональных данных Клинике сразу после их предоставления.

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (заполняется при желании Заказчика назначить представителя):

Ф.И.О. дата полностью: рождения: Фактический адрес проживания: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт): серия _____ № _____ дата выдачи _____
Наименование выдавшего органа: _____
Контактный телефон: _____

Взаимоотношения сторон в рамках настоящего Заявления регулируются действующим законодательством Российской Федерации.

_____/_____/_____ ФИО	_____/_____/_____ Место для подписи	_____/_____/_____ Дата
_____/_____/_____ ФИО	_____/_____/_____ Место для подписи	_____/_____/_____ Дата