

**ЗАЯВА ПРО ПРИЄДНАННЯ ДО ПУБЛІЧНОГО ДОГОВОРУ (ОФЕРТИ)  
про надання платних медичних та немедичних послуг**

Я, \_\_\_\_\_,  
(прізвище, ім'я, по батькові)

паспорт/ID \_\_\_\_\_,  
РНОКПП \_\_\_\_\_ підтверджую та заявляю наступне:

Я ознайомлений(а) з умовами Публічного договору (оферти) про надання платних медичних та немедичних послуг, розміщеного Виконавцем, зміст Договору мені зрозумілий, усі його положення мені роз'яснені, і я повністю та беззастережно приєднуюсь до нього.

Мені до початку надання послуг надано повну, достовірну та доступну інформацію про перелік, обсяг і вартість послуг, порядок їх надання, можливі ризики, ускладнення та наслідки медичного втручання, а також про альтернативні методи лікування.

Я усвідомлюю, що результат медичного втручання не може бути гарантований, а можливі ускладнення не завжди свідчать про неналежну якість медичної допомоги.

Я зобов'язуюсь надавати достовірну та повну інформацію про стан свого здоров'я, перенесені захворювання, алергічні реакції, протипоказання та інші обставини, що можуть вплинути на процес лікування, а також виконувати всі рекомендації медичних працівників.

Я попереджений(а), що у разі надання недостовірної інформації або невиконання рекомендацій відповідальність за можливі негативні наслідки покладається на мене.

Я підтверджую, що надаю інформовану добровільну згоду на медичне втручання у межах обраних послуг.

Я надаю згоду на обробку моїх персональних даних, у тому числі даних про стан здоров'я, з метою надання медичних та немедичних послуг, ведення медичної документації, здійснення фінансових розрахунків та виконання вимог законодавства України.

Мені відомі мої права, як суб'єкта персональних даних, у тому числі право на доступ до своїх даних, їх уточнення, обмеження обробки та інші права, передбачені законодавством.

Я підтверджую, що ознайомлений(а) з правилами внутрішнього розпорядку Виконавця та зобов'язуюсь їх дотримуватися.

Я погоджуюсь, що підписання цієї заяви є належним підтвердженням акцепту Публічного договору.

Перед підписанням цієї заяви мені повідомлено, що окремі медичні послуги можуть надаватись пацієнтам безоплатно, в порядку та на умовах визначених нормативно-правовими актами. Мною прийнято свідомо, без тиску з

боку медичних працівників Виконавця, рішення про отримання замовлених мною медичних послуг / сервісних послуг на платній основі.

Перелік медичних / сервісних платних послуг, які я маю намір отримати у Виконавця:

| <b>Назва медичної послуги</b> | <b>Кількість</b> | <b>Вартість за одиницю</b> | <b>Загальна вартість</b> |
|-------------------------------|------------------|----------------------------|--------------------------|
|                               |                  |                            |                          |
|                               |                  |                            |                          |

Підпис \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_