

**ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА / CUSTOMER'S APPLICATION**

№. \_\_\_\_\_

Город Москва / The City of Moscow

Дата / Date \_\_\_\_\_

<b>ЗАКАЗЧИК</b> (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	<b>CUSTOMER</b> (full name, date of birth, registration address, passport or other document details, phone number, e-mail):
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Заказчик принимает от ООО «Олимп Клиник Марс» Оферту о заключении договора на оказание платных медицинских услуг, размещенную на официальном сайте ООО «Олимп Клиник Марс» <https://olymp.clinic>, в соответствии с которой ООО «Олимп Клиник Марс» обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги пациенту (далее по тексту – Пациент):

The Customer accepts from Olymp Clinic Mars LLC the Offer to conclude a contract for the provision of paid medical services, posted on the official website of Olymp Clinic Mars LLC <https://olymp.clinic>, according to which Olymp Clinic Mars LLC undertakes to provide medical and related services to the patient (hereinafter referred to as the Patient):

<b>ПАЦИЕНТ</b> (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):	<b>PATIENT</b> (full name, date of birth, residential address, telephone number, e-mail):
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Заказчик осведомлен 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.

The Customer is informed about the possibility of receiving medical care free of charge within the framework of the Russian Federation program of state guarantees of free medical care for citizens and community-based programs of state guarantees of free medical care for citizens.

Доверенное лицо для проведения финансовых расчетов за медицинские услуги, приемку услуг, разрешение иных финансовых вопросов с ООО «Олимп Клиник Марс» (при необходимости):

Proxy for financial settlements for medical services, acceptance of services, resolution of other financial issues with Olymp Clinic Mars LLC (if necessary):

<b>ПРЕДСТАВИТЕЛЬ</b> (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):	<b>REPRESENTATIVE</b> (full name, date of birth, residential address, telephone number, e-mail):
-----------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

\*\*\*

Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации предоставляет ООО «Олимп Клиник Марс» согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях исполнения условий Оферты и в целях соблюдения требований Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». ООО «Олимп Клиник Марс» обязуется осуществлять передачу персональных данных третьим лицам, в том числе ООО «Управляющая компания Олимп Клиник» (ОГРН 1227700894442) в целях диагностики и лечения Пациента, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания Пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований, обеспечения исполнения обязательств ООО «Олимп Клиник Марс» перед Заказчиком, ведения судебно-претензионной работы с Заказчиком при условии соблюдения режима конфиденциальности.

For the purpose of proper provision of medical services in the Russian Federation, the Customer provides Olymp Clinic Mars LLC with consent to the processing of personal data (collection, recording, systematization, accumulation, storage, clarification (update, change), extraction, use, transfer (provision, access), blocking, deletion, destruction), including: surname, first name, patronymic, contact details, including telephone number, e-mail address, address of residence and registration, medical confidentiality for the period of storage of the medical document in order to fulfill the terms of the Offer and in order to comply with the requirements of the Rules for the provision of paid medical services by medical organizations, approved by Decree No. 736 of the Government of the Russian Federation of May 11, 2023, Federal Law No. 152-FZ On Personal Data of July 27, 2006. Olymp Clinic Mars LLC undertakes to transfer personal data to third parties, including Olymp Clinic Management Company LLC (OGRN 1227700894442) for the purposes of diagnosis and treatment of the Patient, record keeping and systematization of the services rendered, as well as for the purpose of improving the quality of service to Patients and conducting marketing programs, statistical research, ensuring the fulfillment of obligations of Olymp Clinic Mars LLC to the Customer, conducting litigation and claim work with the Customer, provided that confidentiality is observed.

Заказчик вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи ООО «Олимп Клиник Марс» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в ООО «Олимп Клиник Марс» иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

The Customer has the right to revoke his/her consent to the processing of personal data by submitting to Olymp Clinic Mars LLC a written application on paper in person against receipt. If the application is sent by mail or transmitted to Olymp Clinic Mars LLC in any other way, the authenticity of the signature on it shall be notarized.

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, прейскурантом ООО «Олимп Клиник Марс», режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения, экземпляр Оферты на руки получил.

The Customer has familiarized himself/herself with the terms and conditions of the Offer, price list of Olymp Clinic Mars LLC, working hours and Internal Regulations and Conduct Rules, and has received a copy of the Offer.

ФИО полностью, подпись // Full name, signature

## ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА / PATIENT'S APPLICATION

Город Москва / The City of Moscow

Дата / Date \_\_\_\_\_

<b>ПАЦИЕНТ</b> (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):	<b>PATIENT</b> (full name, date of birth, residential address, telephone number, e-mail):
-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации предоставляет ООО «Олимп Клиник Марс» согласие на обработку персональных данных (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), блокирование, удаление, уничтожение), в том числе: фамилии, имени, отчества, контактных данных, в том числе номера телефона, адреса электронной почты, адреса проживания и регистрации, врачебной тайны сроком на период хранения медицинской документации в целях исполнения условий Оферты и в целях диагностики и лечения Пациента, ведения учета и систематизации оказанных услуг, а также в целях улучшения качества обслуживания Пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований, обеспечения исполнения обязательств ООО «Олимп Клиник Марс» перед Пациентом, ведения судебно-претензионной работы с Пациентом (Заказчиком) при условии соблюдения режима конфиденциальности. Пациент предоставляет ООО «Олимп Клиник Марс» согласие на направление ему информационных сообщений по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно: о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством передачи ООО «Олимп Клиник Марс» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в ООО «Олимп Клиник Марс» иным образом, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

Пациент, подписавшим настоящего Заявления обязуется соблюдать условия Оферты о заключении договора на оказание платных медицинских услуг в актуальной редакции в части, касающейся Пациента.

Пациент осведомлен, что медицинские услуги, оказываемые по страховой программе медицинского страхования, оплачиваются заказчиком (Страховой компанией) в соответствии со страховой программой Пациента. Услуги, которые не покрываются Страховой компанией по любым основаниям и причинам, оплачиваются Пациентом отдельно по действующему Прейскуранту ООО «Олимп Клиник Марс» на условиях действующей в такой момент оферты на оказание медицинских услуг (положения настоящего пункта распространяются также на случаи, когда заказчиком за пациента выступает любое иное третье лицо).

Пациент ознакомлен с правилами внутреннего распорядка и поведения в ООО «Олимп Клиник Марс», размещенными на официальном сайте, информационных стендах и ресепшене ООО «Олимп Клиник Марс».

Пациент проинформирован 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.

For the purpose of proper provision of medical services in the Russian Federation, the Patient provides Olymp Clinic Mars LLC with consent to the processing of personal data (collection, recording, systematization, accumulation, storage, clarification (update, change), extraction, use, transfer (provision, access), blocking, deletion, destruction), including: surname, first name, patronymic, contact details, including telephone number, e-mail address, address of residence and registration, medical confidentiality for the period of storage of the medical document in order to fulfill the termFFFFFs of the Offer and in order to comply with the requirements of the Rules for the provision of paid medical services by medical organizations, approved by Decree No. 736 of the Government of the Russian Federation of May 11, 2023, Federal Law No. 152-FZ On Personal Data of July 27, 2006. Olymp Clinic Mars LLC undertakes to transfer personal data to third parties, including Olymp Clinic Management Company LLC (OGRN 1227700894442) for the purposes of diagnosis and treatment of the Patient, record keeping and systematization of the services rendered, as well as for the purpose of improving the quality of service to Patients and conducting marketing programs, statistical research, ensuring the fulfillment of obligations of Olymp Clinic Mars LLC to the Patient, conducting litigation and claim work with the Patient (Customer), provided that confidentiality is observed. The Patient gives Olymp Clinic Mars LLC the consent to send him/her information messages on issues related to the provision of medical services, including, but not limited to confirmation, cancellation, change of the date and time of appointment, readiness of the results of tests and analyses.

The Patient has the right to withdraw his/her consent to the processing of personal data by submitting a written paper application to Olymp Clinic Mars LLC in person against receipt. If the application is sent by mail or transmitted to Olymp Clinic Mars LLC in any other way, the authenticity of the signature on it shall be notarized.

The Patient, by signing this Application, undertakes to comply with the terms and conditions of the Offer to conclude a contract for the provision of paid medical services in force as far as the Patient is concerned.

The Patient is aware that medical services provided under the health insurance program are paid by the customer (Insurance Company) in accordance with the Patient's insurance program. Services that are not covered by the Insurance Company for any reason or cause shall be paid separately by the Patient according to the current Price List of Olymp Clinic Mars LLC under the terms and conditions of the offer for medical services valid at that time (the provisions of this clause shall also apply to cases where any other third party acts as an ordering party for the Patient).

The Patient is familiarized with the Internal Regulations and Conduct Rules at Olymp Clinic Mars LLC posted on the official website, information stands and reception desk of Olymp Clinic Mars LLC.

The Patient is informed about the possibility of receiving medical care free of charge within the framework of the Russian Federation program of state guarantees of free medical care for citizens and community-based programs of state guarantees of free medical care for citizens.

\*\*\*

## АНКЕТНАЯ ЧАСТЬ / QUESTIONNAIRE

<b>Телефон / Tel. number:</b>	_____
<b>E-mail:</b>	_____
<b>Откуда Вы узнали о нас? / How did you learn about us?</b>	_____
<b>Предпочтительный способ связи: / Preferred method of communication:</b>	<input type="checkbox"/> Телефонный звонок / Phone call <input type="checkbox"/> Сообщение в WhatsApp / WhatsApp message <input type="checkbox"/> Сообщение в Telegram / Telegram message <input type="checkbox"/> Сообщение в Viber / Viber message
<b>Направлять медицинскую информацию (документацию) по электронной почте?</b>	<input type="checkbox"/> Да / Yes <input type="checkbox"/> Нет / No
<b>Согласны ли Вы получать информацию о наших акциях и специальных предложениях в качестве премиального клиента? / Do you agree to receive information about our promotions and special offers as a premium customer?</b>	<input type="checkbox"/> Да / Yes <input type="checkbox"/> Нет / No
<b>Аллергия: / Allergies:</b>	_____
<b>Аллергия на медикаменты (название): / Allergy to medications (name):</b>	_____
<b>Доверенное лицо для предоставления медицинской информации (при необходимости): / Authorized person to provide medical information (if needed):</b>	ФИО, Телефон, E-mail _____

ФИО полностью, подпись