

ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № _____

Город Москва

Дата _____

ЗАКАЗЧИК (ФИО, дата рождения, адрес регистрации, данные паспорта или иного документа, телефон, e-mail):	
--	--

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

ПАЦИЕНТ (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, 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.

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

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):	
---	--

Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации предоставляет ООО «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» перед Заказчиком, ведения судебно-претензионной работы с Заказчиком при условии соблюдения режима конфиденциальности.

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

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, преискурantom ООО «Огни Олимпа», режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения, экземпляр Оферты на руки получил.

ФИО полностью, подпись

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Город Москва

Дата _____

ПАЦИЕНТ (ФИО полностью, дата рождения, адрес проживания, телефон, e-mail):

- Пациент в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации предоставляет ООО «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» перед Пациентом, ведения судебно-претензионной работы с Пациентом (Заказчиком) при условии соблюдения режима конфиденциальности. Пациент предоставляет ООО «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» лично под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается в ООО «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа» 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 «Огни Олимпа», размещенными на официальном сайте, информационных стендах и ресепшен ООО «Огни Олимпа».
- 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.

АНКЕТНАЯ ЧАСТЬ:

Телефон:	_____
E-mail:	_____
Откуда Вы узнали о нас?	_____
Предпочтительный способ связи:	☐ Телефонный звонок ☐ Сообщение в WhatsApp ☐ Сообщение в Telegram ☐ Сообщение в Viber
Направлять медицинскую информацию (документацию) по электронной почте?	☐ Да ☐ Нет
Согласны ли Вы получать информацию о наших акциях и специальных предложениях в качестве премиального клиента?	☐ Да ☐ Нет
Аллергия:	_____
Аллергия на медикаменты (название):	_____
Доверенное лицо для предоставления медицинской информации (при необходимости):	ФИО, Телефон, E-mail _____ _____

ФИО полностью, подпись