

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА № \_\_\_\_\_

Город Москва

Дата \_\_\_\_\_

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

Заказчик принимает от ООО «Олимп Клиник» (далее – Клиника) Оферту о заключении договора на оказание платных медицинских услуг, размещенную на официальном сайте Клиники <https://olymp.clinic>, в соответствии с которой Клиника 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 (Программа / ОМС). При этом Клиника не является участником Программы и медицинскую помощь по ОМС не предоставляет.

Доверенное лицо для проведения финансовых расчетов за медицинские услуги, приемку услуг, разрешение иных финансовых вопросов с Клиникой (при необходимости):

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

\*\*\*

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, прейскурантом Клиники, режимом работы и правилами внутреннего распорядка и поведения, оказания платных медицинских услуг, экземпляр Оферты на руки получил. Заказчик соглашается с условием о возможности подписания настоящего заявления заказчика и иных документов в рамках договорных отношений с Клиникой с помощью электронной подписи (в том числе простой электронной подписи) в электронных (информационных) сервисах Клиники согласно Оферте, с помощью номера мобильного телефона, при наличии технической возможности со стороны Клиники.

**Установить запрет на раскрытие стоимости оказанных медицинских услуг для Пациента (при необходимости):**

- ☐ ДА  
☐ НЕТ

\_\_\_\_\_  
ФИО полностью, подпись