

Приложение № 2 к «ОФЕРТЕ» на предоставление медицинских услуг

**СОГЛАШЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ К ОФЕРТЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

№ _____ от _____

1. *Индивидуального предпринимателя Шевцовой Надежды Павловны, действующей на основании ОГРНИП от 25.10.2018 № 318619600216591 (адрес юридического лица в пределах его места нахождения: 344037, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. 26-я Линия, 21); ИНН 262674792906; лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01050-61/02522526 от 25.06.2025 выданная Министерством здравоохранения Ростовской области, срок действия - бессрочно), с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящее Соглашение о присоединении к оферте на предоставление медицинских услуг (далее по тексту – «СОГЛАШЕНИЕ») о нижеследующем.*
2. «СТОРОНЫ» настоящим «СОГЛАШЕНИЕМ» подтверждают ознакомление «ПАЦИЕНТА» с условиями «ОФЕРТЫ», размещенной на интернет-сайте «ИСПОЛНИТЕЛЯ» по адресу https://demediovia.com/about/Oferta_2025.pdf и по адресу мест осуществления лицензируемого вида деятельности. Порядок присоединения (акцепта) определен в «ОФЕРТЕ».
3. *Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, по адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности указан в п. 1 «ОФЕРТЫ».*
4. «ПАЦИЕНТ» выражает своё согласие с изложенными в «ОФЕРТЕ» условиями, обязательствами, правами «СТОРОН» и его приложениями в полном объёме и без исключений.
5. «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что ему полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия.
6. «ПАЦИЕНТ» подтверждает, что проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи медицинского учреждения и врача, об адресах ближайших учреждений, где оказывается вышеперечисленная медицинская помощь без взимания платы.
7. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» в письменной форме уведомил «ПАЦИЕНТА» о том, что несоблюдение всех назначений, предписаний, указаний и рекомендаций «ИСПОЛНИТЕЛЯ» и специалистов, предоставляющих медицинские услуги, направленных на достижение и сохранение результатов лечения, включая соблюдение назначенного режима лечения; соблюдение дат и времени визитов/приёмов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приёма лекарственных средств, соблюдение иных ограничений, обеспечивающих эффективность проводимых медицинских мероприятий, а также несвоевременное уведомление «ПАЦИЕНТОМ» «ИСПОЛНИТЕЛЯ» об имеющихся у него заболеваниях и/или патологиях, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «ПАЦИЕНТА».
8. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», «ПАЦИЕНТ» даёт согласие на обработку своих персональных данных «ИСПОЛНИТЕЛЮ».

«ПАЦИЕНТ»:

Ф.И.О.

(полностью):

Паспорт (серия, номер, кем и когда выдан)/

Адрес регистрации/места жительства:

Телефон для связи: _____

Адрес электронной почты: _____

Подпись Пациента: _____ (_____)
(Подпись) (Фамилия, инициалы)