

## ЗАЯВЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА

№

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:  
серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

*далее по тексту – «Заказчик»*

принимает от АО «ЕМЦ» Оферту №1 о заключении договора на оказание медицинских услуг от 21.06.2022, *далее по тексту – «Оферта»*, в соответствии с которой АО «ЕМЦ» обязуется оказать медицинские и сопутствующие услуги следующему лицу:

*Ф.И.О. полностью, дата рождения, фактический адрес проживания, контактный телефон (при наличии)*

*далее по тексту – «Пациент»*

Заказчик осведомлен о том, что заключение между сторонами соглашений о присоединении к медицинским программам АО «ЕМЦ» не влечет изменения условий Оферты, если иное не предусмотрено в соглашении.

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.

Заказчик соглашается с условием о возможности подписания настоящего заявления заказчика с помощью простой электронной подписи в электронных сервисах АО «ЕМЦ», с помощью номера мобильного телефона при наличии технической возможности со стороны АО «ЕМЦ».

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ:

1. Назначить третье лицо моим представителем в АО «ЕМЦ»:  ДА /  НЕТ  
(подчеркнуть нужное)

Представитель вправе представлять интересы Заказчика в АО «ЕМЦ» при проведении финансовых расчетов за медицинские услуги и приемке оказанных услуг, выполнять все действия, связанные с этим поручением, расписываться за Заказчика в документах, адресованных Заказчику/АО «ЕМЦ» от Заказчика, в том числе заявление на возврат/зачет денежных средств, получать денежные средства на руки.

*ФИО, дата рождения, адрес проживания, адрес регистрации, реквизиты документа, удостоверяющего личность:  
серия и номер, дата выдачи, орган выдачи; контактный телефон и адрес электронной почты*

Заказчик обязан уведомить вышеуказанного представителя о передаче его персональных данных АО «ЕМЦ».

Заказчик в целях надлежащего оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации **предоставляет АО «ЕМЦ» согласие на обработку персональных данных** (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, 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 04.10.2012 № 1006, Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Общего регламента по защите данных Европейского Союза 2016/679 от 27.04.2016. «АО «ЕМЦ» обязуется осуществлять передачу персональных данных третьим лицам 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 при условии соблюдения режима конфиденциальности.

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

2. Установить для Пациента запрет на раскрытие информации о стоимости услуг:  ДА /  НЕТ  
(подчеркнуть нужное)

Заказчик ознакомился с условиями Оферты, преискурантом АО «ЕМЦ», режимом работы и правилами внутреннего распорядка АО «ЕМЦ», экземпляр Оферты на руки получил.

\_\_\_\_\_  
Подпись Заказчика