

**Заявка № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
 на оказание платных медицинских услуг  
 (является акцептом Договора-оферты)**

Пациент/Заказчик подтверждают, что:

- 1) С условиями Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг ООО Клиника диагностики «Константа», Правилами предоставления платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка, а также с действующим Прейскурантом ознакомлен(-ы) и согласен (согласны).
- 2) До подписания настоящей Заявки уведомлен(ы) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (лечащего врача, в том числе Плана обследования и лечения), могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в планируемый срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента
- 3) Предупрежден о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
- 4) Уведомлен(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС.

Пациент: \_\_\_\_\_  
 Амбулаторная карта № \_\_\_\_\_  
 Специалист: \_\_\_\_\_  
 Номер полиса: \_\_\_\_\_  
 Заказчик: \_\_\_\_\_

№	Наименование услуг	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма

НДС не облагается на основании пункта 2 статьи 346.11 НК РФ.

**Итого:**

Пациент	Законный представитель	Заказчик-ФЛ	Заказчик-ЮЛ (подп.в),и п.23)
ФИО	ФИО	ФИО	Наименование
Адрес места жительства	Адрес места жительства	Адрес места жительства	Адрес
Паспорт	Паспорт	Паспорт	ОГРН
Телефон	Телефон	Телефон	ИНН
e-mail:	e-mail:	e-mail:	Должность лиц, заключившего договор
			ФИО
Подпись	Подпись	Подпись	Подпись

ООО Клиника диагностики «Константа»



*Риссеевичев*