

Додаток №1  
до Договору про надання послуг з  
медичного обслуговування населення  
за плату від юридичних і фізичних  
осіб г

**ЗАЯВА ПРО ПРИЄДНАННЯ**  
**ДО ДОГОВОРУ** про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від  
юридичних і фізичних осіб

Договір про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб (далі – Договір), визначений у цій Заяві про приєднанні, укладається лише шляхом приєднання Замовника, реквізити якого наведені нижче, до запропонованого Договору в цілому, причому Замовник не може запропонувати свої умови до цього Договору. У випадку незгоди зі змістом та формою Договору чи окремих його положень, Замовник вправі відмовитися від його укладення.

Заява заповнюється у двох оригінальних примірниках українською мовою, друкованими літерами та приймається, якщо немає виправлень.

З моменту підпису Замовником даної Заяви-приєднання про укладання та прийняття її Виконавцем, Замовник та Виконавець набувають прав та обов'язків визначених Договором та несуть відповідальність за їх невиконання (неналежне виконання).

***Підписавши дану заяву Замовник засвідчує:***

- ознайомлення з умовами Договору та нормативними документами, що регулюють порядок надання послуг;
- повне розуміння змісту Договору, значень термінів і понять та всіх його умов;
- вільне волевиявлення укласти Договір, відповідно до його умов, шляхом приєднання до нього в повному обсязі;
- прийняття медичних послуг згідно списку нижче.

Підписання цієї заяви-приєднання свідчить про згоду Замовника на обробку його персональних даних у розумінні положень ЗУ "Про захист персональних даних".

|                                                                                                                         |                   |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------------------|
| Перебування громадян за їх бажанням у медичних закладах (без харчування, медикаментів та виробів медичного призначення) | <b>1 день</b>     | <b>300,00</b>                 |
| Харчування                                                                                                              | <b>1 день</b>     | згідно угоди з постачальником |
| Забезпечення виробами медичного призначення та медикаментами паліативних хворих                                         | <b>1 день</b>     | згідно угоди з постачальником |
| Забезпечення виробами медичного призначення ( ендопротезами)                                                            | <b>1 комплект</b> | згідно угоди з постачальником |

**РЕКВІЗИТИ ТА ПІДПИС ЗАМОВНИКА**

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Прізвище, ім'я та по батькові |  |
| Адреса місця реєстрації       |  |
| Ідентифікаційний номер        |  |
| Телефон з кодом міста/селища  |  |
| Адреса електронної пошти      |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Дата заповнення цієї заяви, підпис |  |
|------------------------------------|--|