

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(для фізичних осіб)

до умов Публічного договору про надання платних медичних послуг

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання платних медичних послуг (далі Договір), розміщеному на офіційному веб-сайті Виконавця <https://mc-kyiv.com.ua/all-services/paid-services/>, приєднуюсь до умов Договору.

Персональні дані Замовника.

Прізвище, ім'я, по батькові

Дата та рік народження

Паспорт

РНОКПП

Місце реєстрації або проживання

Приєднання до умов Договору здійснюється за адресою:

Цей Договір укладається Замовником відповідно до його волевиявлення, відповідає його інтересам. Зміст Договору Замовником прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання Договір вважається укладеним, Замовник погоджується з Тарифами Виконавця, які встановлюються у відповідності до чинного законодавства України.

У разі зміни Договору чи Тарифів на надання медичних послуг Замовник може ознайомитись на офіційному веб-сайті Виконавця або під час особистого звернення до Виконавця.

(дата)

(підпис)

(ПІБ)

Своїм підписом Замовник підтверджує згоду на автоматизовану обробку його персональних даних згідно з чинним законодавством та можливу їх передачу третім особам, які мають право на отримання цих даних згідно з чинним законодавством, у тому числі щодо кількісних та/або вартісних обсягів наданих за Договором послуг.

(дата)

(підпис)

(ПІБ)