Приложение № 1
к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских
(стоматологических) услуг ООО «КАМЕЯ+»
с 18 лет

<u>До заключения договора</u> Исполнитель – ООО «КАМЕЯ+» в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

<u>До заключения договора</u> Исполнитель – ООО «КАМЕЯ+» уведомляет потребителя и (или) заказчика о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи . Услуги по полису ОМС Исполнитель не оказывает.

<u>При заключении договора</u> Потребитель (Пациент / Заказчик) уведомляется Исполнителем ООО «КАМЕЯ+» о том , что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным <u>законом</u> "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <u>обязаны</u> соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

➢ _____ ***(ф.и.о., подпись Пациента/Представителя)***

ЗАЯВЛЕНИЕ
о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг ООО «КАМЕЯ+»

Я, _____
(фамилия, имя отчество полностью) «_____» _____ года рождения,
место регистрации по адресу: _____
Паспорт: _____ выдан «___»_____ г
_____*(название выдавшего органа, код подразделения),*
контактные телефоны: _____, адрес электронной почты: _____
почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации):
_____,
[являющийся законным представителем Потребителя (Пациента) и действующим в его интересах:
_____,
(ФИО Пациента недееспособного лица, полностью), «_____» _____ года рождения, что подтверждается
_____(*наименование документа)* серия
_____ от « » г. Выдан
_____]

далее по тексту – Заказчик (Пациент / Потребитель), **заявляю, что внимательно ознакомился с условиями публичного Договора-оферты** на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг ООО «КАМЕЯ+» в редакции от 01 сентября 2023 г (далее – «Договор»), юридический адрес: 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, ОГРН-1057600651063, ИНН -7604079359 , КПП– 760401001, Лицензия на осуществление медицинской деятельности : регистрационный номер ЛО41-01132-76/ 00336018 от 18 ноября 2019 г, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Ярославской области.

В соответствии со ст.ст. 426, 428 ГК РФ, **я заявляю о добровольном присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг ООО «КАМЕЯ+» на известных и понятных мне условиях, и подтверждаю, что:**

- **ознакомлен(а) с публичным Договором-офертой** на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, условия которого определены Исполнителем в Договоре, Правилах внутреннего распорядка, Прейскурантом цен, Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи» , а также Политикой обработки и защиты персональных данных, размещенных на официальном сайте Исполнителя **https://kameyadent.ru,** понимаю их текст и значение, выражаю свое согласие с ними и обязуюсь их выполнять;
- **ознакомлен(а) со всеми соответствующими документами Исполнителя, указанными в настоящем публичном Договоре - Оферте,** в т.ч. с разрешительной документацией на занятие медицинской деятельностью, с перечнем платных стоматологических услуг и ценами на них, сведениями об условиях, порядке, сроках, форме предоставления стоматологических услуг и порядке оплаты и др. Информация мне понятна.
- ознакомлен(а) со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями , с учетом и на основании которых (соответственно) будут оказываться медицинские услуги, а также со специалистами Исполнителя и уровнем их квалификации;
- уведомлен(а) и понимаю, что при оплате услуг, Исполнитель оформляет и выдаёт Заказчику (Пациенту/ Потребителю) документ, подтверждающий произведенную оплату стоматологических услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства), который является письменным подтверждением факта заключения Договора на оказание платных стоматологических услуг;
- уведомлен(а) и понимаю, что запись Потребителя ((Пациента) на прием к врачу и оплата услуг Исполнителю является полным и безусловным согласием Заказчика (Пациента/ Потребителя) со всеми условиями Договора публичной оферты и Заявления о присоединении, а также является обязательством подписать настоящее Заявление при первичном оформлении документов.
- уведомлен(а), что Исполнитель имеет право изменять Прейскурант цен, условия Публичного Договора - Оферты и дополнения к Публичной оферте без предварительного согласования с Заказчиком (Пациентом / Потребителем), обеспечивая при этом публикацию измененных условий в общедоступном для ознакомления с этими документами месте - на бумажном носителе в Информационных стендах в холле регистратуры Исполнителя ООО «КАМЕЯ+» , а также размещение их на официальном сайте Исполнителя ООО «КАМЕЯ+» по адресу в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : https://kameyadent.ru , не менее чем за один день до их введения в действие.
- уведомлен(а), понимаю и согласен, что **в случае внесения Исполнителем изменений в условия Договора публичной оферты и / или дополнений к Договору публичной Оферты, Заказчик (Пациент / Потребитель) подтверждает своё согласие с условиями обновленной редакции Оферты путём совершения конклюдентных действий, которые могут выражаться им в продолжении пользованием услугами (в случае несовпадения Заказчика и Пациента в одном лице — пользованием услугами Пациентом) по Договору или оплате таких услуг. При этом оформление нового Заявления о присоединении не требуется. Последующие отношения Сторон будут регулироваться обновленной редакцией Оферты.**
- уведомлен(а), понимаю и согласен, что предоставляю Исполнителю Согласие на обработку персональных данных

(общих и специальных категорий), необходимых для выполнения условий Договора на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг и хранения данных сведений в базе данных с применением компьютерной программы для управления стоматологией «IDENT» (ООО АЙДЕНТ). Я уведомлен, что Оператор (ООО «КАМЕЯ+») обрабатывает только специальные категории персональных данных, касающиеся состояния здоровья Пациента / Потребителя.

- подтверждаю, что мне предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи .
- **подтверждаю, что до заключения Договора-оферты Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя**.
- **подтверждаю, что до заключения Договора-оферты Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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 (Правила внутреннего распорядка).**
- **Понимаю, что текст Договора-оферты является неотъемлемой частью настоящего Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, оформленному и подписанному Заказчиком (Пациентом, Потребителем) . Текст публичного Договора-оферты размещён на официальном сайте Исполнителя ООО «КАМЕЯ+» по адресу в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : https://kameyadent.ru, и, при необходимости, может быть скачан и распечатан Заказчиком (Пациентом, Потребителем) на бумажном носителе в любое время.** По заявлению Заказчика (Пациента, Потребителя) данный договор может быть заверен ему в печатной форме.
- **Понимаю, что Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать Договор (Оферту) и все Приложения к нему , а также иные документы, связанные с исполнением Сторонами условий настоящего Договора (оферты) - директора ООО «Камея+» Тимощук Екатерины Валентиновны, с помощью средств копирования аналога собственноручной подписи, служащей для удостоверения её полномочий. (п.2 ст. 160 ГК РФ). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же юридическую силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица Исполнителя.**
  Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.
- **Подписывая настоящее Заявление о присоединении, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «КАМЕЯ+».**
  Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «КАМЕЯ+» регулируются действующим законодательством РФ.

➢ _____

«_____» _____ 202____г.

(фамилия, имя отчество полностью , подпись, дата)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ ПОЛУЧЕНО ИСПОЛНИТЕЛЕМ:
Общество с ограниченной ответственностью “Камея+”
(ООО «Камея+»)

Адрес места нахождения **:** 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74, 2 этаж
Юридический адрес: 150030, г. Ярославль, Московский пр-т, д.74
Сайт : http://www. kameyadent.ru электронная почта: info@kameyadent.ru
Тел. регистратуры: 8 (930) -110 -73 -77
ОГРН -1057600651063 ИНН -7604079359 КПП– 760401001
Лицензия на осуществление медицинской деятельности : регистрационный номер ЛО41-01132-76/ 00336018
от 18 ноября 2019 г, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Ярославской области.

*Директор ООО «Камея+» Тимощук Екатерина Валентиновна*_____ «____»_____202 _г
мп

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ ПОЛУЧЕНО ПОТРЕБИТЕЛЕМ / ЗАКАЗЧИКОМ / ПАЦИЕНТОМ:
Оформленный подлинный экземпляр Заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг Общества с ограниченной ответственностью «КАМЕЯ+» получил(а) :

➢ _____

«_____» _____ 202____г.

(фамилия, имя отчество полностью , подпись, дата)