

м. Київ

«__» _____ 20__ року

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ ДО ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Договір про надання медичних послуг (далі – Договір), визначений у цій Заяві-присіднанні, укладається шляхом присіднання Замовника, до запропонованого Договору в цілому, до того ж 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.

Пацієнт/Представник Пацієнта/Замовник, _____, підписавши дану Заяву присіднання до Договору, діє шляхом присіднання до всіх його умов в цілому. З моменту підпису Пацієнтом/Представником Пацієнта/Замовником даної Заяви-присіднання про укладання та прийняття її Виконавцем, Пацієнт/Представник Пацієнта/Замовник та Виконавець набувають прав та обов'язків визначених Договором та несуть відповідальність за їх невиконання (непалєжне виконання).

Підписавши дану заяву Пацієнт/Представник Пацієнта/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 присіднання до нього в повному обсязі.

Для платних послуг з кріоконсервування біоматеріалу:

- механізм щодо розпорядження та подальшого посмертного використання кріоконсервованого за життя репродуктивного матеріалу чоловіків: _____

- по закінченню кінцевої дати отримання медичних послуг прощу протягом 30 календарних днів біоматеріал: _____

Пацієнт/Представник Пацієнта/Замовник замовляє, а Виконавець надає медичні послуги зазначені в Акті, відповідно до переліку платних медичних послуг розміщених на сайті Виконавця.

Місце надання медичних послуг (вибрати):

Київ, вул. В'ячеслава Чорновола, буд. 28/1	Київ, вул. Стрітепська, 7-9
--	-----------------------------

Термін дії: _____ днів/місяців з дати оплати.

Кінцева дата отримання медичних послуг до 31.12.2025 року.

Загальна вартість медичних послуг, грн.: _____.

Результати досліджень прощу направити на : _____.

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

**Пацієнт/Представник
Пацієнта/Замовник:**

(ПІБ)

Ел.пошта

(Паспортні дані)

(Паспортні дані)
