

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 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.

Пациент: \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество, дата рождения

Законный представитель: \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество

Заказчик: \_\_\_\_\_  
Фамилия, имя, отчество

Наименование юридического лица  
Амбулаторная карта № \_\_\_\_\_  
Специалист \_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника КОНСТАНТА» (ООО «Клиника КОНСТАНТА»)  
(ИНН 7604310921, ОГРН 1167627086670, 150003, г. Ярославль, ул. Победы, д.15)

в лице администратора \_\_\_\_\_  
фамилия, имя, отчество (подп.з) п. 23 постановления 736)  
действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ (подп. з) пункта 23 постановления 736)

№	Наименование услуг	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма

НДС не облагается на основании пункта 2 статьи 346.11 НК РФ

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 лица, заключающего договор
			Ф.И.О.
Подпись	Подпись	Подпись	Подпись

ООО «Клиника КОНСТАНТА»



*Мещеряков Д.А.*