

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
до Публічного договору про надання платних медичних послуг

1. **ЗАМОВНИК** (Пацієнт) П.І.П. _____
Дата народження _____
Місце проживання _____
Документ, який посвідчує особу _____
E-mail: _____ тел. _____

2. **ВИКОНАВЕЦЬ** Державна установа «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України» (04116, місто Київ, вул. Бердичівська, 1, Код ЄДРПОУ 08735882, E-mail: ch@mvs.gov.ua, тел. (044) 481-53-32, web: <http://cg.mvs.gov.ua>);
IBAN UA708201720313211001201016565 в ДКСУ м. Києва
МФО 820172

3. Виконавець надає Замовнику медичні послуги згідно кодів, тарифів та переліку Послуг затверджених по установі за медичними показами.

4. Місце надання медичних послуг: 04116, Україна, м. Київ, вул. Бердичівська, 1,

5. З умовами надання послуг, умовами Публічного договору про надання платних медичних послуг (далі-Договір), розміщеного на веб-сайті Виконавця <http://cg.mvs.gov.ua> ознайомлений (на) та повністю згоден (на).

6. Визнаю обов'язковість виконання усіх умов цього Договору з моменту підписання цієї Заяви-приєднання.

7. Шляхом підписання цієї Заяви-приєднання до Договору Замовник надає згоду Виконавцю на обробку своїх персональних даних та доступ до персональних даних третіх осіб у випадках передбачених чинним законодавством України, в тому числі внесення персональних даних до локальної інформаційної системи, яка функціонує у Виконавця.

З метою надання медичних послуг, передбачених Договором Замовник засвідчує, що йому надано роз'яснення про його права, як суб'єкта персональних даних, відповідно до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних».

8. Замовник підтверджує достовірність зазначених ним (чи записаних з його слів) вищевказаних даних та несе персональну відповідальність за достовірність та повноту наданих даних.

Підпис Замовника _____
(П.І.П) (підпис)
(дата)

«__» _____ 20__ рік