**Заявление**

**о присоединении к Договору-оферте**

**о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Москва «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2020 года

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем «Заказчик», подписывает настоящее заявление о присоединении к Договору-оферте по предоставлению платных медицинских услуг.

Заказчик заявляет, что ознакомился с условиями Договора-оферты по предоставлению платных медицинских услуг в редакции от «29» марта 2018 г. (далее – «Договор», «Оферта», «Договор-оферта») (доступен для ознакомления на официальном сайте Клиники в информационной сети Интернет [http://www.chaika.com](http://www.chaika.com/)), юридический адрес: 123112, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, эт. 2, пом. I, ком. 18, ОГРН 1117746910027 (далее – «Исполнитель») и выражает свое согласие с изложенными в нем обязательствами и правами Сторон и обязуется их соблюдать. Подписывая настоящее заявление, Заказчик подтверждает факт того, что полностью ему понятны и разъяснены юридические и иные последствия соглашения (акцепта) с предложением (офертой) Исполнителя. Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Договору-оферте по предоставлению платных медицинских услуг регулируются действующим законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:**  Наименование |  |
| Адрес: |
| ОГРН, ИНН, КПП |  |
| р/с: |  |
| в банке |
| БИК |  |
| Телефон |
| e-mail: |  |

/ / М.П.

**ГАРАНТИЙНОЕ ПИСЬМО**

**к Договору-оферте по предоставлению платных медицинских услуг**

г. Москва «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 2020 года

Подписывая настоящее Гарантийное письмо, Заказчик выражает свое намерение направить на оказание медицинских услуг Пациентов, а также берет на себя обязанности по оплате оказанных Пациентам медицинских услуг.

На получение платных медицинских услуг направляются следующие Пациенты:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **П/П** | **Пациент, ФИО** | **Направление исследования** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

* Стоимость услуг на всех направляемых пациентов составляет (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей
* Заказчик берет на себя обязательство предоставить пациентам подробную информацию об условиях и правилах получения в Клинике медицинских услуг и о правилах внутреннего распорядка на территории Исполнителя. Данная информация размещена на официальном сайте Исполнителя в информационной сети Интернет [http://www.chaika.com](http://www.chaika.com/) ;
* Заказчик согласен на выставление счетов в виде авансовых платежей.

Ответственным представителем Заказчика для решения общих вопросов и обеспечения контроля за

выполнением условий настоящего Договора назначается\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик:** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

/ / М.П.