

**ФОРМА №1**

**Заявление**  
**о присоединении к Договору-оферте**  
**о предоставлении платных медицинских услуг**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Общество с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_», (ИНН, ОГРН, \_\_\_\_\_), в \_\_\_\_\_ лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, / Индивидуальный предприниматель \_\_\_\_\_, (ИНН, ОГРНИП \_\_\_\_\_), именуемое(ый) 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 «\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. (далее – «Договор», «Оферта», «Договор-оферта») (доступен для ознакомления на официальном сайте Клиники в информационной сети Интернет <http://www.chaika.com>), юридический адрес: 123317, г. Москва, Набережная Пресненская, д. 8, стр. 1, 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: \_\_\_\_\_

В лице (руководитель, уполномоченное лицо)

\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_/  
М.П.