

Приложение 1
к Договору-оферте по предоставлению
платных медицинских услуг
редакция от «29» марта 2018 года

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: 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: _____

В лице (руководитель, уполномоченное лицо)

_____/_____/_____
М.П.

Приложение 2
к Договору-оферте по предоставлению
платных медицинских услуг
редакция от «29» марта 2018 года

ФОРМА №2

ГАРАНТИЙНОЕ ПИСЬМО
к Договору-оферте по предоставлению платных медицинских услуг

г. Москва

«___» _____ 20__ 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	Контактный телефон	Долевой размер оплаты медицинских услуг за пациента (франшиза), %	Финансовый лимит на одного пациента, руб.
1.				

- Финансовый лимит 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> ;
- Заказчик согласен/не согласен (нужное подчеркнуть) на выставление счетов в виде авансовых платежей.

Ответственным представителем Заказчика для решения общих вопросов и обеспечения контроля за выполнением условий настоящего Договора назначается _____ (ФИО, должность, контактные данные: телефон, адрес электронной почты).

Заказчик:

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

В лице (руководитель, уполномоченное лицо)

_____/_____/_____
М.П.