

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(для фізичних осіб)

до умов Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення
за плату від юридичних і фізичних осіб

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб від _____ 2026 року (далі – Договір), розміщеного на офіційному сайті Виконавця <https://pivnichnyi.rv.ua/>, приєднуюсь до умов Договору.

Персональні дані Замовника

Прізвище, ім'я по батькові _____

Дата та рік народження _____

Паспорт _____

РНОКПП _____

Місце реєстрації або проживання _____

Номер телефону _____

Цей Договір укладається Замовником відповідно до його волевиявлення, відповідає його інтересам. Зміст договору Замовником прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання Договір вважається укладеним. Замовник погоджується з умовами та тарифами Виконавця, які встановлюються у відповідності до чинного законодавства України.

Шляхом підписання цієї заяви на приєднання до Договору надаю згоду Виконавцю на обробку своїх персональних даних (даних Пацієнта/Замовника), в тому числі внесення персональних даних до інформаційної системи, яка функціонує у Виконавця з метою надання послуг, передбачених цим Договором, за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

У разі зміни умов Договору або тарифів на надання медичних послуг Замовник може ознайомитися з відповідною інформацією на офіційному вебсайті Виконавця <https://pivnichnyi.rv.ua/> або під час особистого звернення Виконавця.

(дата) (підпис) (ПІБ)
Я, _____
(прізвище, ім'я, по батькові Пацієнта/Замовника)

підтверджую достовірність зазначених (записаних з моїх слів) необхідних для отримання платної послуги даних та несу відповідальність за достовірність та повноту наданих послуг.

Надаю свою згоду на супроводження та перебування разом з Пацієнтом під час отримання платних послуг у закладі охорони здоров'я наступних осіб та надання їм консультативних висновків лікарів, іншої медичної документації, що стосується Пацієнта і містить лікарську таємницю.

(ПІБ) (ким дана особа приходить пацієнту) (номер телефону)

Замовник _____
(підпис, прізвище та ініціали)

Працівник Виконавця, який прийняв заяву на приєднання _____
(підпис, прізвище та ініціали)

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ

(для юридичних осіб)

до умов Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення
за плату від юридичних і фізичних осіб

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб від _____ 2026 року (далі – Договір), розміщеного на офіційному сайті Виконавця <https://pivnichnyi.rv.ua/>, приєднуюсь до умов Договору.

Замовник _____
(найменування юридичної особи)

в особі _____

що діє на підставі _____ приєднується до умов Договору.

Реквізити юридичної особи

Найменування юридичної особи _____

Код ЄДРПОУ _____

Юридична адреса _____

Поштова адреса _____

Банк _____

р/р _____

МФО _____ e-mail _____

Контактна особа _____

Контактний телефон _____

Це Договір укладається з Замовником відповідно до його волевиявлення, відповідає його інтересам. Зміст договору Замовником прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання Договір вважається укладеним, Замовник погоджується з тарифами Виконавця, які встановлюються у відповідності до чинного законодавства України.

У разі зміни Договору чи Тарифів на надання медичних послуг Замовник може ознайомитися на офіційному вебсайті Виконавця або під час особистого звернення Виконавця.

_____ (дата)

_____ (підпис)

_____ (ПБ)