

**Соглашение-спецификация**  
к Публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг

| ФИО пациента | Дата рождения | Телефон | Эл. почта |
|--------------|---------------|---------|-----------|
|              |               |         |           |

Я, \_\_\_\_\_, законный представитель \_\_\_\_\_, г.р., подтверждаю, что я:

1. Ознакомился(-лась) с условиями Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг, размещенного в открытом доступе на сайте <https://kinder-clinic.ru/>, а также в уголке потребителя, и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями. Подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего согласия (акцепта) с офертой ООО «КиндерМедикалГрупп» Пациент (Заказчик) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

2. Ознакомился(-лась) с перечнем заказанных мною медицинских услуг, их стоимостью, объемом и сроками оказания, претензий не имею.

3. Даю свое согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных уполномоченными сотрудниками ООО «КиндерМедикалГрупп» в течение срока действия Публичного договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Пациент (Заказчик) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

4. В соответствии со ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н. Мне в доступной для меня форме разъяснили цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, его последствия, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" Пациент (Заказчик) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

| ИСПОЛНИТЕЛЬ:   | ЗАКАЗЧИК:  |
|--|--|
| <p><b>ООО «КИНДЕРМЕДИКАЛГРУПП»</b></p> <p>ОГРН 1222300025210<br/>ИНН/КПП 2310228908/231001001<br/>350015, Краснодарский край, г.о. Город Краснодар, г.<br/>Краснодар, ул. Путевая, д 1, помещ. 1840/1<br/>р/с 40702.810.6.30000016422<br/>в КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8619 ПАО<br/>СБЕРБАНК<br/>БИК 040349602<br/>к/с 30101.810.1.00000000602</p> <p>_____<br/>/Швайка А.В./<br/>М.П.</p> | <p>_____</p> <p>Дата рождения: _____<br/>Паспорт серии _____, № _____, выдан (кем) _____,<br/>(дата выдачи) _____ г.,<br/>код подразд.: _____<br/>Адрес рег-ии: _____</p> <p>_____<br/>/_____<br/>/_____</p> |