

**Согласие о присоединении к публичному договору-оферте на оказание платных медицинских услуг
Общество с ограниченной ответственностью "Олимп Клиник Воронеж"**

г. Воронеж

Я, _____,
фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый в дальнейшем «Заказчик»,

Я, _____,
фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый в дальнейшем «Потребитель»,

Я, _____,
фамилия, имя, отчество (при наличии)
именуемый в дальнейшем «законный представитель Потребителя», заявляю, что ознакомлен(а) с условиями договора-оферты на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью "Олимп Клиник Воронеж" и выражаю свое согласие с изложенными в нем условиями, обязательствами и правами Сторон. Обязуюсь их соблюдать. Подписывая настоящее Согласие я подтверждаю, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего согласия (акцепта) с предложением (офертой). Перечень оказываемых медицинских услуг определяется дополнительным соглашением Сторон, в котором указывается их количество и стоимость.

Заказчик:

(фамилия, имя, отчество),
года рождения, паспорт выдан,
зарегистрирован по адресу:
Адрес места жительства (фактический):
Телефон:
Адрес электронной почты (при наличии):

Подпись Заказчика:

_____/ /
подпись *расшифровка подписи*

Потребитель:

(фамилия, имя, отчество),
года рождения, паспорт серия: номер:, выдан (кем выдан),
свидетельство о рождении серия: , номер: , выдан(о) г. (кем выдан(о)) ,
зарегистрирован по адресу:
Адрес места жительства (фактический):
Телефон: _____
Адрес электронной почты (при наличии):

Подпись Потребителя:

_____/ /
подпись *расшифровка подписи*

Законный представитель потребителя:

(фамилия, имя, отчество) ,
года рождения, паспорт ,
зарегистрирован по адресу:
Адрес места жительства (фактический):
Телефон:
Адрес электронной почты (при наличии):

Подпись законного представителя Потребителя:

_____/ /
подпись *расшифровка подписи*