

**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 Общество 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 (оферты). 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