

**До заключения договора** Исполнитель – ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

**До заключения договора** Исполнитель – ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» уведомляет потребителя и (или) заказчика о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

**При заключении договора** Потребитель (Пациент / Заказчик) уведомляется Исполнителем ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

➤ \_\_\_\_\_ {Представитель.ФамилияИмяОтчество} *подпись Представителя*

## ЗАЯВЛЕНИЕ

### о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ»

Я, {Представитель.ФамилияИмяОтчество} (фамилия, имя отчество полностью)

место регистрации по адресу: {АдресРегистрации}

Паспорт: {Представитель.СерияНомерПаспорта}, выдан {Представитель.ДатаВыдачи} г

{Представитель.Выдан}

(название выдавшего органа, код подразделения),

контактные телефоны: {Телефоны}, адрес электронной почты: {Представитель.Email}

почтовый адрес (заполняется в случае отличия от адреса регистрации):

{ Представитель.Адрес} \_\_\_\_\_,

{являющийся законным представителем Потребителя (Пациента) и действующим в его интересах: {ФамилияИмяОтчество},

(**ФИО Пациента**, несовершеннолетнего/недееспособного лица, полностью), {ДатаРождения} года рождения, что подтверждается

(наименование документа) \_\_\_\_\_ свидетельство о

рождении, дата выдачи \_\_\_\_\_

Зарегистрирован (прописан) {АдресРегистрации}

фактическое место жительства {Адрес} \_\_\_\_\_

далее по тексту – **Заказчик (Пациент / Потребитель)**, заявляю, что **внимательно ознакомился с условиями публичного Договора-оферты** на оказание платных медицинских услуг ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» в редакции от 01 ноября 2025 г (далее – «Договор»), юридический адрес: 150000, Ярославская область, Г.О. Город Ярославль, г. Ярославль, пр-кт Октября, д. 11

ОГРН - 1157602001600 ИНН -7602114329 КПП– 760401001 Лицензия на осуществление медицинской деятельности :

регистрационный номер Л041-01132-76/00340615 от 17.02.2020, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Ярославской области В соответствии со ст.ст. 426, 428 ГК РФ, я **заявляю о добровольном присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» на известных и понятных мне условиях, и подтверждаю, что:**

**ознакомлен(а) с публичным Договором-офертой** на оказание платных медицинских услуг, условия которого определены Исполнителем в вышеуказанном Договоре, Правилах внутреннего распорядка, Прейскурантом цен, Положением «Об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи», а также Политикой обработки и защиты персональных данных, размещенных на официальном сайте Исполнителя сайт- [https:// stomatoshka-yaroslavl.ru](https://stomatoshka-yaroslavl.ru), понимаю их текст и значение, выражаю свое согласие с ними и обязуюсь их выполнять;

- **ознакомлен(а) со всеми соответствующими документами Исполнителя, указанными в настоящем публичном Договоре - Оферте**, в т.ч. с разрешительной документацией на занятие медицинской деятельностью, с перечнем платных стоматологических услуг и ценами на них, сведениями об условиях, порядке, сроках, форме предоставления стоматологических услуг и порядке оплаты и др. Информация мне понятна.
- ознакомлен(а) со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых (соответственно) будут оказываться медицинские услуги, а также со специалистами Исполнителя и уровнем их квалификации;
- уведомлен(а) и понимаю, что при оплате услуг, Исполнитель оформляет и выдаёт Заказчику ( Пациенту/ Потребителю) документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек либо иной расчетный документ, оформленный в соответствии с требованиями законодательства), который является письменным подтверждением факта заключения Договора на оказание платных стоматологических услуг;
- уведомлен(а) и понимаю, что запись Потребителя ( Пациента) на прием к врачу и оплата услуг Исполнителю является полным и безусловным согласием Заказчика (Пациента/ Потребителя) со всеми условиями Договора публичной оферты и Заявления о присоединении, а также является обязательством подписать настоящее Заявление при первичном оформлении документов.
- уведомлен(а), что Исполнитель имеет право изменять Прейскурант цен, условия Публичного Договора - Оферты и дополнения к Публичной оферте без предварительного согласования с Заказчиком ( Пациентом / Потребителем), обеспечивая при этом публикацию измененных условий в общедоступном для ознакомления с этими документами месте - на бумажном носителе в Информационных стендах в холле регистратуры Исполнителя ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ», а также размещение их на официальном сайте Исполнителя ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» по адресу в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : [https:// stomatoshka-yaroslavl.ru](https://stomatoshka-yaroslavl.ru), не менее чем за три дня до их введения в действие.
- уведомлен(а), понимаю и согласен, что **в случае внесения Исполнителем изменений в условия Договора публичной оферты и / или дополнений к Договору публичной Оферты, Заказчик (Пациент / Потребитель) подтверждает своё согласие с условиями обновленной редакции Оферты путём совершения конклюдентных действий, которые могут выражаться им в продолжении пользованием услугами (в случае несовпадения Заказчика и Пациента в одном лице — пользованием услугами Пациентом) по Договору или оплате таких услуг. При этом оформлении нового Заявления о присоединении не требуется. Последующие отношения Сторон будут регулироваться обновленной редакцией Оферты.**

- уведомлен(а), понимаю и согласен, что предоставляю Исполнителю Согласие на обработку персональных данных (общих и специальных категорий), необходимых для выполнения условий Договора на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг и хранения данных сведений в базе данных с применением компьютерной программы для управления стоматологией «IDENT» (ООО АЙДЕНТ). Я уведомлен, что Оператор (ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ») обрабатывает только специальные категории персональных данных, касающиеся состояния здоровья Пациента / Потребителя для исполнения Договора.
- подтверждаю, что мне предоставлена Исполнителем в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- подтверждаю, что до заключения Договора-оферты Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
- подтверждаю, что до заключения Договора-оферты Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях (Правила внутреннего распорядка).
- Понимаю, что текст Договора-оферты является неотъемлемой частью настоящего Заявления о присоединении к публичному Договору-оферте на оказание платных медицинских (стоматологических) услуг, оформленному и подписанному Заказчиком (Пациентом, Потребителем). Текст публичного Договора-оферты размещён на официальном сайте Исполнителя ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» по адресу в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" : [https:// stomatoshavaroslavl.ru](https://stomatoshavaroslavl.ru), и, при необходимости, может быть скачан и распечатан Заказчиком (Пациентом, Потребителем) на бумажном носителе в любое время. По заявлению Заказчика ( Пациента, Потребителя) данный договор может быть заверен ему в печатной форме Исполнителем.
- Понимаю, что Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать Договор ( Оферту) и все Приложения к нему, а также иные документы, связанные с исполнением Сторонами условий настоящего Договора ( оферты) - директора ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» Яковлева Ильи Андреевича, с помощью средств копирования аналога собственноручной подписи, служащей для удостоверения его полномочий. ( п.2 ст. 160 ГК РФ). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же юридическую силу, как и собственноручная подпись уполномоченного лица Исполнителя. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.
- Подписывая настоящее Заявление о присоединении, я подтверждаю факт того, что мне полностью понятны и разъяснены юридические и иные последствия моего соглашения (акцепта) с предложением (офертой) ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ». Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего Заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» регулируются Договором публичной оферты и действующим законодательством РФ.

➤ \_\_\_\_\_ {Представитель.ФамилияИмяОтчество} подпись Представителя

{ТекущаяДатаПолная} г

#### **ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ ПОЛУЧЕНО ИСПОЛНИТЕЛЕМ:**

**Общество с ограниченной ответственностью «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ»  
(ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ»)**

Адрес места нахождения :150000, г. Ярославль, пр-кт Октября дом 11

Юридический адрес: 150000, Ярославская область, Г.О. Город Ярославль, г. Ярославль, пр-кт Октября, д. 11

электронная почта: stomatosh76@yandex.ru сайт- [https:// stomatoshavaroslavl.ru](https://stomatoshavaroslavl.ru)

Телефон: +7 (977) 090-26-20 ОГРН - 1157602001600 ИНН -7602114329 КПП- 760401001

Лицензия на осуществление медицинской деятельности : регистрационный номер Л041-01132-76/00340615 от 17.02.2020, срок действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Ярославской области.

*Директор ООО «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ»*

*Яковлев Илья Андреевич* \_\_\_\_\_ {ТекущаяДатаПолная} г

мп

#### **ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИСОЕДИНЕНИИ ПОЛУЧЕНО ПОТРЕБИТЕЛЕМ / ЗАКАЗЧИКОМ / ПАЦИЕНТОМ:**

Оформленный подлинный экземпляр Заявления о присоединении к Договору публичной оферты на оказание платных медицинских услуг Общества с ограниченной ответственностью «СТОМАТОША ДЛЯ ВСЕЙ СЕМЬИ» получил(а) :

➤ \_\_\_\_\_ {Представитель.ФамилияИмяОтчество} подпись Представителя

{ТекущаяДатаПолная} г