

ЗАЯВА
про приєднання
до публічного договору приєднання про надання послуг із медичного обслуговування за
плату Комунального некомерційного підприємства «Миколаївський обласний
клінічний госпіталь ветеранів війни» Миколаївської обласної ради

Замовник : ПІБ _____
Дата народження _____
Місце проживання _____
Документ, який посвідчує особу _____
E-mail: _____ тел. _____,

1. Керуючись ст.ст.633, 634, 641, 642 Цивільного кодексу України і ознайомившись з умовами Публічного договору приєднання про надання послуг із медичного обслуговування населення за плату Комунальним некомерційним підприємством «Миколаївський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» Миколаївської обласної ради, від «__» _____ 2025р. (далі- Договір), а також з вартістю цих послуг, приєднуюсь до цього Договору і прошу надати мені медичні послуги з:

Код послуги: _____.

2. Визнаю обов'язковість виконання всіх умов Договору та підписанням цієї Заяви засвідчую вільне волевиявлення щодо приєднання до цього Договору.

3. Надаю згоду Виконавцю на обробку своїх персональних даних та доступ до моїх персональних даних третіх осіб у випадках, передбачених законодавством України, що засвідчую моїм підписанням цієї Заяви.

4. Підтверджую достовірність зазначених мною (чи записаних з моїх слів) даних та наданих мною Виконавцю документів.

«__» _____ 202_р. _____
(особистий підпис) (прізвище, ім'я, по батькові власноручно)

АКТ
приймання-передачі наданих послуг
із медичного обслуговування за плату

м. Миколаїв

«__» _____ 202_ р.

Комунальне некомерційне підприємство «Миколаївський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни» Миколаївської обласної ради (далі - Виконавець) в особі

_____ ,
(посада ППБ лікаря)
що діє на підставі Наказу начальника №__ від «__» _____ 2025р., з одної сторони, та

_____ (ПББ пацієнта)
(далі - Замовник) склали цей Акт на підтвердження того, що Виконавець дотримався умов Публічного договору приєднання та належно і своєчасно надав послуги з медичного обслуговування за плату:

Код послуги	Найменування послуги	Дата надання послуги	Ціна без ПДВ	ПДВ	Сума з ПДВ
1	2	3	5	6	7

Всього сплачено Замовником:

Замовник підтверджує, що не має претензій і зауважень стосовно кількості, обсягу та якості наданих послуг із медичного обслуговування, відповідно до Договору, які зазначені в цьому Акті приймання-передачі, та отримав і прийняв зазначені вище послуги.

Замовник:

Виконавець:

/ _____ / _____ /
(підпис) (ініціали та прізвище)

/ _____ / _____ /
(підпис) (ініціали та прізвище лікаря)