**Приложение 1**   
 к Договору публичной оферты об оказании   
 платных услуг по реабилитации,

адаптивной физкультуре и медицинских услуг   
от "06" октября 2021 года

опубликованный в сети Интернет

по адресу [www.s-mamoy.ru](http://www.s-mamoy.ru/)

**ЗАЯВКА**

**на оказание платных медицинских услуг по программе**

**«Дистанционно-контролируемая реабилитация «Нейробика»**

**Занятия по индивидуальному выбору**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

являюсь матерью (отцом, усыновителем, попечителем, опекуном: отметить нужное) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. полностью)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения), диагноз: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подписанием настоящей заявки подтверждаю, что знаю исчерпывающую в доступной форме информацию о деятельности Центра реабилитации и адаптивной физкультуры «Вместе с мамой», о содержании и стоимости услуг, о датах и расписании курсов реабилитации. С договором публичной оферты (предложения) на оказание услуг по реабилитации, адаптивной физкультуре и медицинских услуг от 06.10.2021 г. согласен(на).

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. полностью), «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения.

Зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г.

Электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с пунктом 5 статьи 6, а также статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку ООО Центр реабилитации и адаптивной физкультуры «Вместе с мамой» 125212, город Москва, Кронштадтский бульвар, дом 6, корпус 5, этаж 2, помещение 3 и 4,(далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и адрес проживания, контактные данные, данные касающихся состояния здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью) и даю свое согласие на обработку персоналом Оператора своих персональных данных, в целях получения услуг, оказываемых Оператором. Указанное согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством. Обработка персональных данных осуществляется Оператором следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Оператор не ограничен в применении способов их обработки. Я выражаю согласие, что в случае необходимости в целях исполнения настоящего Договора Оператор вправе предоставить мои персональные данные третьему лицу (в т.ч. дочерним и зависимым), их агентам и иным уполномоченным ими лицам.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

Прошу Вас принять заявку и выставить счет на оказание услуг по расписанию в период

**с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г. по «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  **п/п** | **Перечень процедур программы** | **Кол-во занятий** | **Длительность урока** | **Цена одного занятия/руб.** | **Общая стоимость** |
| 1. | Адаптивная физкультура |  | 15-17 | 310 |  |
| 2. | Логопедический вокал |  | 15-17 | 270 | 0 |
| 3. | * Логогимнастика |  | 15-17 | 310 |  |
| 4. | Танцевальная терапия «Контемпорари», «Вог» |  | 15-17 | 310 |  |
| 5. | Онлайн-консультации врача и специалиста | 3 | 15 | 2500 |  |
| 6. | Звуко-волновая терапия «Матрица здоровья»  ЦНС, Бронхо-легочная, сон, иммунитет. | 20 | 15-17 | 120 | 2000 |
| 7. | Развивающие занятия (Мультипликационные) | 20 | 10-15 | Бесплатно по заявке |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Социальная скидка** |  | -20% |  |  |

**Социальная скидка** 20% на все программы дистанционно-контролируемой реабилитации для следующих категорий граждан и социальных групп:

1.     Благотворительные фонды.

2.     Государственные учреждения: интернаты, специализированные детские сады, специализированные школы, больницы, реабилитационные центры, центры социального обслуживания, страховые компании.

3.     Инвалиды (со справкой МСЭ).

**Информация по прохождению курса:** Курс занятий рассчитан на один календарный месяц, включая восемь выходных дней. В течение первых двух недель пациент занимается по индивидуально подобранной программе и следующие две недели он повторяет курс, закрепляя пройденный материал. Последующие индивидуальные программы составляются заново.

Заявка отправляется на почту zayavka@s-mamoy.ru

Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись