****

**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

**Заявка на оказание платных медицинских услуг**

**ПРОГРАММА «КОМПЛЕКСНАЯ»**

**Кронштадтский бульвар дом 6 корп.5 (2 этаж) пом. 3-4**

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 Программа «Комплексная» по общему расписанию в период:

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

**ВЫБОР НЕОБХОДИМЫХ ПРОЦЕДУР ИЗ ПЕРЕЧНЯ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№**  | **Перечень процедур** | **Время,****минуты** | **Количество** | **Цена одной процедуры, руб.** | **Общая****стоимость,****руб.** |
|  1.  | ЛФК в костюме/без костюма  |       60  |  | 2 500 |  |
|  2. | Массаж, проприоцептивная стимуляция мышц. | 30/60 |  | 1 500/2500 |  |
|  3. | ЛФК в кабинете "UGUL" (Угуль) | 30 |  | 2 000 |  |
|  4. | ЛФК в кабинете "UBSB" (Паук) | 30 |  | 2 000 |  |
|  5. | Рефлекторная стимуляция стоп (аппаратная) | 30 |  | 1 500 |  |
|  6.  | Рефлекторная стимуляция стоп (шиацу) | 30 |  | 2 500 |  |
|  7. | Физиотерапия и рефлекторная стимуляция рук «Песок Уреки» | 30 |  | 1 500 |  |
|  8. | Физиотерапия и рефлекторная стимуляция стоп «Песок Уреки» | 30 |  | 2 000 |  |
|  9.  | Лечебные укладки | 30 |  | 1500 |  |
|  10.  | Кинезиотейпирование (комплекс 5 зон) |  |  | 1000 |  |
|  11.  | БОС-терапия (визомоторика) | 30/60 |  | 1 500/2 500 |  |
|  12. | Реабилитация в виртуальной реальности (Шлем/шлем, БОС-визомоторика) | 30/60 |  | 1 500/2 500 |  |
|  13. | Матрица Здоровья (звуко-волновая терапия) | 30 |  | 200 |  |
|  14. | Оксигенотерапия | 30 |  | 600 |  |
|  15. | Кислородный коктейль |  |  | 100 |  |
|  16. | Цветотерапия аппаратом БИОПТРОН (Швейцария) |  |  | 800 |  |
|  17. | Транскраниальная микрополяризация головного мозга | 30 |  | 2 000 |  |
|  18. | Магнитотерапия коленных/тазобедренных/плечевых суставов | 30 |  | 1 500 |  |
|  19. | Рутинная ЭЭГ (диагностика пароксизмальных состояний) с расшифровкой. | 20-30 |  | 2 500 |  |
|  20. | Электрокардиография (ЭКГ) с расшифровкой. | 30 |  | 800 |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **ИТОГО:** |  |  |  |  |

Я обязуюсь за две недели до начала курса подтвердить бронь и оплатить счет. Если я не подтверждаю свою заявку в назначенный период, бронь аннулируется.

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

 Подпись