****

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

адаптивной физкультуре и медицинских услуг
от "11" января 2021 года

опубликованный в сети Интернет

по адресу www.s-mamoy.ru

**ЗАЯВКА**

**на оказание платных медицинских услуг**

**по программе «Дистанционно-контролируемая реабилитация»**

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 11.01.2021 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 | 20 | 15 | 136 | 2720 |
| 2. | Логопедический вокал | 20 | 15 | 136 | 2720 |
| 3. | * [Логогимнастика](https://s-mamoy.ru/services/743/)
 | 20 | 15 | 136 | 2720 |
| 4. | Танцевальная терапия «Контемпорари», «Вог» | 20 | 15 | 136 | 2720 |
| 5. | Консультация и контроль реабилитационного процесса инструктором | 3 | 15 | 2000 | 6000 |
| 6 | Техническая поддержка л/к и сопровождение видеосвязи по каналу «Телемедицина» | Ежедневно |  |  | 2500 |
| 7. | Поддержание автоматического импорта, экспорта, замены видеоконтента | Кругло-суточно |  |  | 2000 |
| 8. | Звуко-волновая аутогенная терапия «Матрица здоровья» - аудио-формат | 10 | 15-17 | 0 | Бесплатно |
|  | **ИТОГО стоимость курса дистанционной реабилитации:** | **103** | **90** |  | **21 380** |
|  | **Для благотворительных фондов, пациентов, имеющих справку МСЭ об инвалидности или справку о перенесённой инфекции КОВИД-19, стоимость курса:****С учётом скидки 20% до 30 декабря 2021 года:** |  | **10 500****8 400** |

**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