****

**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 «Реабилитация после короновируса»**

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** | **Длитель-ность процедуры** | **Цена одного занятия/руб. с учётом скидки 20%** | **Указать нужные процедуры/кол-во** |
| 1. | Сеанс оксигенотерапии (кислород) | 30 | 500 |  |
| 2. | Дыхательная гимнастика | 30 | 1000 |  |
| 3. | * Дыхательная гимнастика (групповое занятие) | 30 | 500 |  |
| 4. | Кислородный коктейль | 200 мл | 136 |  |
| 5. | Лечебная физкультура | 30 | 1000 |  |
| 6 | Массаж грудной клетки | 30 | 1000 |  |
| 7. | Массаж спины и поясницы | 30 | 1400 |  |
| 8. | Массаж шейно-воротниковой зоны | 30 | 1300 |  |
| 9. | Массаж перкуссионный дренажный (по зонам |  | 700 |  |
| 10. | Стоун-массаж (горячими камнями) 1 зона | 30 | 1000 |  |
| 11. | Физиопроцедура «Хромотерапия» | 30 | 1000 |  |
| 12. | Лингвистико-звуковолновая капсула Гаряева |  | 960 |  |
| 13. | Сеанс «Колоколотерапия» групповое занятие |  | 600 |  |
|  | **Психология, Психокоррекция:** |  |  |  |
| 1. | Прием клинического психолога | 60 | 3000 |  |
| 2. | Психо-коррекционная терапия | 60 | 3500 |  |
| 3. | Аудиовизуальная Хромотерапия в очках 2D | 20 | 450 |  |
| 4. | Психокоррекция и Реабилитация в виртуальной реальности в шлеме | 30 | 1500 |  |
| 5. | Сеанс «Биологическая обратная связь» - при психологических нарушениях, депрессии, деменции, при патологии опорно-двигательного аппарата | 30 | 800 |  |
| 6. | «Матрица Здоровья».Аутогенная терапия: звуко-волновая и звуковибрационная медитация.  - амбулаторно  -дистанционно |  | 500  320 |  |

**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