

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(для юридичних осіб)

до умов Публічного договору про надання платних медичних послуг

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання платних медичних послуг (далі Договір), розміщеному на офіційному веб-сайті Виконавця (<https://therapy.org.ua>),
Замовник:

_____ (найменування юридичної особи)
в особі _____,
що діє на підставі _____ приєднується до умов Договору.
(статут, довіреність, положення тощо)

Реквізити юридичної особи.

Найменування юридичної особи _____
код за ЄДРПОУ _____
Юридична адреса _____
Поштова адреса _____
Банк _____
р/р _____
МФО _____
e-mail: _____
Контактна особа _____
Контактний телефон _____

Цей Договір укладається Замовником відповідно до його волевиявлення, відповідає його інтересам. Зміст Договору Замовником прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання Договір вважається укладеним, Замовник погоджується з Тарифами Виконавця, які встановлюються у відповідності до чинного законодавства України.

У разі зміни Договору чи Тарифів на надання медичних послуг Замовник може ознайомитись на офіційному веб-сайті Виконавця або під час особистого звернення до Виконавця.

_____ (дата) _____ (підпис) _____ (ПІБ)

Додаток 4
до Публічного договору
про надання платних медичних послуг

Акт приймання-передачі наданих медичних послуг № ____

м. Харків

« ____ » _____ 2025 року

Державна установа «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої Національної академії медичних наук України», в особі в.о. директора Фадеєнко Галини Дмитрівни, що діє на підставі Статуту та Наказу №106/к від 10.07.2023 року, та

(далі - Замовник) склали цей Акт приймання-передачі наданих платних медичних послуг, який підтверджує належне надання Виконавцем відповідно до Публічного договору про надання платних медичних послуг нижченаведених медичних послуг:

№	Найменування послуги	Ціна послуги, грн.	Кількість послуг	Дата надання послуги
1				
2				
3				
Загальна вартість наданих медичних послуг, грн.				

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень стосовно кількості, обсягу та якості наданих медичних послуг, що зазначенні у цьому Акті приймання-передачі наданих медичних послуг, та приймає вищенаведені послуги. Замовник підтверджує, що Виконавцем дотримано всі умови Публічного договору про надання платних медичних послуг.

Замовник
