

**ШЖҚ «Тері-венерологиялық диспансер» МКК  
ақылы медициналық қызметтерін көрсетуге Шарт-  
офертаға (бұдан әрі – Шарт-оферта) қосылу туралы  
мәлімдеме**

Алматы қ. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ ж.  
Мен, \_\_\_\_\_

*(Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жеке басын куәландыратын құжат (жеке куәлік, төлқұжат) берілген күні, беруші)*  
бұдан әрі «Емделуші» деп аталып, ШЖҚ «Тері-  
венерологиялық диспансер» МКК (бұдан әрі – КВД)  
**Шарт-офертаның талаптарымен танысқанымды,  
Шарт-офертаның талаптарына қосылатынымды,  
оларда жазылған міндеттемелермен және  
құқықтармен өзімнің келісетінімді және оларды  
сақтауға міндеттенетінімді мәлімдеймін.** Осы  
мәлімдемеге қолымды қоя отырып, мен КВД ұсынысы  
(офертасы) маған толықтай түсінікті және онымен  
менің келісімімнің (акцептімнің) заңдық және өзге  
салдарлары түсіндірілгенін растаймын. Осы Шарт-  
офертаға қосылу туралы Өтініштің шеңберіндегі  
Тараптардың қарым-қатынастары Қазақстан  
Республикасының қолданыстағы заңнамасымен  
реттеледі. Осы мәлімдемемен **мен өзімнің дербес  
деректерімді** (тегім, атым, әкемнің аты (бар болса),  
ұлтым, жынысым, туған күнім, жеке сәйкестендіру  
нөмірім, заңды мекенжайым, тұрғылықты жерім,  
байланыс құралының абоненттік нөмірі) **және КВД  
және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау  
министрлігінің ақпараттық жүйелеріндегі  
медициналық жазбаларды** мені зерттеу және емдеу  
процесіне қатысушылардың осы ақпаратпен алмасуы  
мақсатында **енгізуіне және пайдалануына өз  
келісімімді беремін.** Осы Шарт-офертаға қосылу  
туралы мәлімдемеге қолымды қоя отырып, мен  
Орталықта болу Ережелерімен танысқанымды және  
оларды орындауға міндеттенетінімді растаймын. Осы  
өтінішпен мен Орталықта маған ақылы медициналық  
қызметтердің көрсетілуіне өзімнің ерікті келісімімді  
беремін.

**Емделушінің қолы:** \_\_\_\_\_

**Заявление**

**о присоединении к Договору-оферте на оказание  
платных медицинских услуг КГП на ПХВ «Кожно-  
венерологический диспансер» УЗО г.Алматы  
(далее – Договор-оферта)**

г. Алматы «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г  
Я, \_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя, отчество (при его наличии), ИИН, дата рождения,  
документ, удостоверяющий личность (удостоверение личности, паспорт)  
дата выдачи, кем выдано)*

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», заявляю, что  
**ознакомился с условиями Договора-оферты, КГП на  
ПХВ «Кожно-венерологический диспансер» (далее –  
КВД), присоединяюсь к условиям Договора-оферты,  
выражаю свое согласие с изложенными в них  
обязательствами и правами и обязуюсь их  
соблюдать.**

Подписывая настоящее заявление, и подтверждаю факт  
того, что мне полностью понятны и разъяснены  
юридические и иные последствия моего соглашения  
(акцепта) с предложением (офертой) КВД.  
Взаимоотношения Сторон в рамках настоящего  
Заявления о присоединении к Договору-оферте  
регулируются действующим законодательством  
Республики Казахстан. Настоящим заявлением, **я даю  
свое согласие на включение и использование моих  
персональных данных** (фамилия, имя, отчество (при  
его наличии), национальность, пол, дата рождения,  
индивидуальный идентификационный номер,  
юридический адрес, место жительства, абонентский  
номер средства связи) **и медицинских записей в  
информационных системах КВД и Министерства  
здравоохранения Республики Казахстан,** в целях  
обмена этой информацией участниками процесса моего  
обследования и лечения. Подписывая настоящее  
Заявление о присоединении к Договору-оферте, я  
подтверждаю, что ознакомился с Правилами  
пребывания в КВД и обязуюсь их соблюдать.  
Настоящим заявлением я даю свое добровольное  
согласие на оказание мне платных медицинских услуг в  
КВД.

**Подпись Пациента:** \_\_\_\_\_