

ЗАЯВЛЕНИЕ

о присоединении к Договорам

по предоставлению платных медицинских услуг (помощи),

на оказание стоматологических услуг, на оказание услуг по синус-лифтингу, по направленной костной регенерации, костной аутопластики различными методиками, на оказание стоматологических услуг (ортодонтическое лечение)

В соответствии со статьей 389 Гражданского кодекса Республики Казахстан, Я, _____ (фамилия, имя, отчество (при его наличии)) ИИН _____ законный представитель пациента (ребенка)

фамилия, имя, отчество (при его наличии), дата рождения), именуемый в дальнейшем «Клиент», в полном объеме присоединяюсь к условиям договора в соответствии с законодательством Республики Казахстан в редакции, размещенной на интернет-ресурсе Клиники по адресу: www.boshanov-dental-clinic.kz по состоянию на день его подписания, и подтверждаю, что:

1) Присоединяюсь к Договору (публичная оферта) в качестве Стороны размещенного на WEB-сайте Клиники в сети Интернет по адресу: www.boshanov-dental-clinic.kz и в соответствии с Гражданским кодексом Республики Казахстан даю свое безотзывное согласие на присоединение к нему;

2) договор прочитан, принят Клиентом в полном объеме, без каких-либо замечаний и возражений, не содержит каких-либо обременительных для Клиента условий, которые, исходя из разумно понимаемых интересов Клиента, не были бы приняты;

3) Соглашается с тем, что положения Договора определены Клиникой и изменения в Договор вносятся Клиникой в одностороннем порядке путем размещения договора, с учетом внесенных изменений и/или дополнений или в новой редакции, на интернет-ресурсе Клиники по адресу: www.boshanov-dental-clinic.kz;

4) не вправе ссылаться на отсутствие подписи на договоре, как доказательство того, что договор не был Клиентом прочитан/принят, если у Клиники имеется настоящее заявление о присоединении;

5) Клиникой была предоставлена исчерпывающая информация об условиях предоставления услуг по договору, об ответственности и возможных рисках в случае невыполнения обязательств по договору;

6) Подтверждаю, что все условия обслуживания в рамках Договора, а также мои права и обязанности, возникающие в силу Договора, мне понятны и мной согласованы;

7) При подписании настоящего Заявления о присоединении, Клиент обязуется осуществить оплату услуг Клиники, в соответствии с условиями Договора, прейскуранта цен размещенного на WEB-сайте Клиники, Правилами оплаты стоматологических и иных услуг Клиники и в размере, утвержденном Директором/Правлением Клиники. Настоящее «Заявление о присоединении» является неотъемлемой частью Договора;

8) Ознакомлен и соглашается с Прейскурантом платных медицинских стоматологических услуг Клиники, который доступен для ознакомления на информационных стендах и на стойке в регистратуре и в сети Интернет на сайте <http://boshanov-dental-clinic.kz>;

9) Вся информация, указанная в «Заявлении о присоединении», является достоверной, корректной и предоставлена в добровольном порядке и по собственной инициативе;

10) Подписывая настоящее «Заявление о присоединении», Клиент дает свое безусловное и безотзывное согласие на сбор, обработку, хранение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ – государственным органам РК и организациям, через электронные информационные системы) и уничтожение («Обработка») биометрических данных, а также Персональных данных, относящейся прямо или косвенно к Клиенту, которая становится доступна в рамках настоящего Договора и/или при оказании Клиникой стоматологических и иных услуг;

11) Договор может быть расторгнут Клиентом путем: - подачи заявления (в письменной форме) о расторжении, при соблюдении условий, предусмотренных Договором возмездного оказания стоматологических услуг;

12) При расторжении Договора на возмездное оказание стоматологических услуг, до полного окончания лечения, часть произведенной оплаты подлежит возврату, в порядке и на условиях, определенном Договором на возмездное оказание стоматологических услуг. Стороны пришли к соглашению, что при наступлении обстоятельств, указанных в настоящем пункте Заявления о присоединении, заключения «Соглашения о расторжении Договора» не требуется;

Реквизиты Клиники:

Товарищество с ограниченной
ответственностью «Boshanov dental clinic»

БИН 211 040 014 665

ИИК: KZ45722S000011866012 (KZT)

БИК: CASPKZKA

АО «Kaspi Bank»

Эл.почта: boshanov_dental_clinic@bk.ru

Телефон: +7-700-555-50-10

Пациент/Доверенное лицо:

ФИО полностью:

ИИН:

Фактический адрес:

Подпись Клиента:

« _____ » 2025 года