

## ЗАЯВА ПРО АКЦЕПТ ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ

Місто Луцьк

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 року

Я, \_\_\_\_\_

[Прізвище, ім'я, по батькові]

дата народження: \_\_\_\_\_ ,

адреса проживання: \_\_\_\_\_ ,

контактний телефон: \_\_\_\_\_ ,

електронна пошта (за наявності): \_\_\_\_\_ ,

### цією заявою приймаю (акцептую) умови:

публічної пропозиції на укладання Договору про надання стоматологічних послуг фізичною особою – підприємцем **Єрмаковою Оленою Юріївною** та

публічної пропозиції на укладання Договору про надання стоматологічних послуг фізичною особою – підприємцем **Єрмаковим Романом Ігоровичем**,

(які далі разом іменуються «Виконавці»), розміщені на Вебсайті за адресою: <https://yermakov.com.ua/>.

### Я надаю згоду на:

обробку моїх персональних даних Виконавцями відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» з метою охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення піклування, лікування або надання медичних послуг;

використання моїх контактних даних для інформування, здійснення зв'язку, надсилання повідомлень медичного, інформаційного та/або рекламного характеру, які можуть містити персональну чи конфіденційну інформацію про мене.

### Я підтверджую, що:

ознайомлений(а) з Тарифами Виконавців, розміщеними на Вебсайті <https://yermakov.com.ua/>;

зобов'язуюсь дотримуватися умов Договору, Правил перебування та обслуговування в стоматологічному кабінеті Виконавців, а також рекомендацій лікуючого лікаря;

усвідомлюю, що сучасна медицина не є точною наукою, і надані Послуги можуть не принести очікуваного результату або спричинити ускладнення через індивідуальні особливості мого організму.

Підпис \_\_\_\_\_

[Прізвище, ім'я, по батькові]