

Генеральному директору
КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА
«ВОЛИНСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ
ОБ'ЄДНАННЯ ЗАХИСТУ МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»
ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

ЗАЯВА
про приєднання до публічного договору

Я, _____, _____ року народження, реєстраційний номер облікової картки платника податків _____, паспорт серії _____, виданий _____, місце проживання зареєстроване за адресою: _____, номер мобільного телефону _____, даною заявою заявляю про своє приєднання до ПУБЛІЧНОГО ДОГОВОРУ ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ, що розміщений на веб-сайті КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ВОЛИНСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ ЗАХИСТУ МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА» ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ за адресою: motherchild.volyn@gmail.com, та підтверджую, що я ознайомився(-лась) з його умовами, повністю їх приймаю та зобов'язуюся їх дотримуватися і виконаувати.

Прошу вважати цю заяву фактом укладення договору відповідно до статті 634 Цивільного кодексу України.

Оплату Послуг гарантую та зобов'язуюсь здійснити відповідно до діючих тарифів.

Я ознайомлений про порядок та можливість отримання безкоштовних медичних послуг за програмою медичних гарантій.

(дата)

(підпис, ім'я та прізвище)