|  |  |
| --- | --- |
| **ДОГОВОР № \_\_/20\_\_ на оказание платных медицинских услуг**  г. Кострома «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года | |
|  | |
| Общество с ограниченной ответственностью «Хирургия глаза», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Яблокова Михаила Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, действующего на основании **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, с другой стороны, а также **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** г.р., именуемый в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем: |
|  | |

1. **Определения**

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с Договором;

«медицинский работник» — физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

1. **Предмет Договора**

2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги - **«\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**, по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-00110-44/00572233 от 14.02.2022, выданной бессрочно Территориальным органом Росздравнадзора по Костромской области, расположенным по адресу: г. Кострома, пр-т Мира, д. ½, пом. 2, тел. № 8 (4942) 42-15-00, (перечень услуг указан в Приложении № 1 к настоящему Договору), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

2.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Потребителя (Законного представителя) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил с Правилами поведения пациентов в Организации; перечнем предоставляемых Организацией услуг и условиями их предоставления; информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление услуги, уровнем его образования и квалификации, графиком работы;

- ознакомил с порядком и стандартом оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (при наличии), применяемыми при оказании медицинских услуг, сроками и условиями ожидания предоставления медицинских услуг; перечнем льгот и льготных категорий граждан при предоставлении услуг;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- уведомил его (Законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

2.4. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание Потребителю медицинских услуг на платной основе.

2.5. Срок предоставления медицинских услуг - **с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

2.5.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.6. Предоставление услуг производится по предварительной записи с учетом графика работы врачей и наличия свободных мест. В день получения услуги Потребитель заблаговременно до назначенного времени прибывает в Организацию для оформления необходимой документации. Услуги оказываются Организацией в день и время согласно предварительной записи. Сроки ожидания услуг могут быть изменены по согласованию Сторон, а также Исполнителем в одностороннем порядке по техническим причинам, вследствие внеплановых медицинских вмешательств экстренного характера и по иным причинам, не зависящим от воли Сторон настоящего договора.

**3. Права и обязанности Сторон**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. и Приложения № 2 настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика и Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.6. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

**3.2. Заказчик обязуется:**

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 2 настоящего Договора, в срок **до** **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года**, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

**3.3. Потребитель (Законный представитель) обязуется:**

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**3.4.** **Потребитель вправе:**

3.4.1. обратиться после исполнения договора к Исполнителю за получением медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из них), отражающих состояние его здоровья после получения услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке, установленном Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

**4. Цена и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.2. настоящего Договора, составляет **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)** рублей 00 копеек.

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, с учетом всех скидок, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.2.1. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Заказчика (Потребителя, Законного представителя) с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения или Приложения № 2 с указанием требуемых дополнительных услуг и их стоимости, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя (Заказчика, Законного представителя), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком - юридическим лицом/индивидуальным предпринимателем **в срок до «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года** на основании выставленного Исполнителем счета путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в размере 100 % стоимости услуг, указанной в пункте 4.1. настоящего Договора.

Оплата медицинских услуг Заказчиком – физическим лицом производится до начала оказания услуг на условиях 100% авансового платежа на лицевой счет Организации в безналичном порядке, либо в кассу Организации.

В случае изменения стоимости услуг в соответствии с пунктом 4.3 настоящего Договора окончательный расчет производится в течение 3 (трех) рабочих дней после подписания акта оказанных услуг.

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Законным представителем, Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств вследствие непреодолимой силы.

**6. Порядок изменения и расторжения Договора**

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Законного представителя) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Законного представителя) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика, Законного представителя) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя (Законного представителя), при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

**7. Заключительные положения**

7.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя (Законного представителя).

7.1.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора Стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

**8. Реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Заказчик:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *(для юридического лица)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование:  Общество с ограниченной ответственностью  «Хирургия глаза»  Адрес места нахождения: 156005, г. Кострома,  ул. Осыпная, д. 26 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Наименование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН/КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Р/с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  К/с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН 4401146124  КПП 440101001  ОГРН 1134401012712  Расчетный счет 407 028 107 29 000 00 3257 в Костромском отделении № 8640 ПАО Сбербанк, г. Кострома  кор/счет 301 018 102 000 000 00 623  сайт: https://eyeapple.ru/  Эл. почта: info@eyeapple.ru | | | | | | | | | | | | | | | | |  | *(для физического лица)*  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Тел.: 8 (4942) 496-800  Главный врач  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.Г. Яблоков  (подпись)  М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Должность *(для юридического лица)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.О. Фамилия  (подпись)  М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Потребитель:** | | ФИО: | | Документ, удостоверяющий личность: | | Адрес места жительства:  Иной адрес для ответа на обращение: | | Тел.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.О. Фамилия  (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Приложение № 1 к договору № \_\_/20\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Регистрационный номер Л041-00110-44/00572233 от 14.02.2022, срок действия – бессрочно, выдана** Территориальным органом Росздравнадзора по Костромской области, расположенным по адресу: г. Кострома, пр-т Мира, д. ½, пом. 2, тел. № 8 (4942) 42-15-00.  **Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией**  156005, Костромская область, г. Кострома, ул. Осыпная, д. 26: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Приказ 866н;  При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии; офтальмологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;  При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; офтальмологии; сестринскому делу; физиотерапии;  при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: офтальмологии;  При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.  150040, Ярославская область, г. Ярославль, пр-кт Октября, д. 28а, пом. III, (1-6):  Приказ Минздрава №121н;  При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Приложение № 2 к договору № № \_\_/20\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, и их стоимость** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Хирургия глаза»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Потребитель (Законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Врач-офтальмолог / Наименование услуги** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Цена, руб.** | | | | | | | **Кол-во** | | | | **Сумма, руб.** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| Потребитель (Заказчик) подтверждает, что надлежащим образом был ознакомлен с прейскурантом цен на медицинские услуги. Претензий по срокам выполнения услуг не имеет. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| **Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Заказчик:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Главный врач  ООО «Хирургия глаза» | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Должность | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. Г. Яблоков | | | | | | | | | | | | | | | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.О. Фамилия | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | (подпись) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | |  | М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Потребитель (Законный представитель):** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / И.О. Фамилия | | | | | | | | | | | | | |
| (подпись) | | | | | | | | | | | | | |