|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ДОГОВОР № на оказание платных медицинских услуг**  **г. Кострома «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Общество с ограниченной ответственностью «Хирургия глаза», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» (Организация), в лице Главного врача Яблокова Михаила Геннадьевича, действующего на основании Устава, и гражданин (-ка) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (Ф.И.О. Потребителя (Пациента)/законного представителя Потребителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет (для больных, страдающих наркоманией, не достигших 16 лет), или недееспособных граждан**  действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица,  реквизиты документа, удостоверяющего личность) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Пациент) («Законный представитель Потребителя»), с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **1. Предмет договора** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 1.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, сведения о которой указаны в Приложении № 1 к настоящему договору; на основании медицинских показаний и (или) желания Потребителя (Пациента/Законного представителя), Исполнитель (Организация) в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, предоставляет, а Потребитель (Пациент/Законный представитель) оплачивает медицинские услуги (далее услуги). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, указывается в Приложении № 2 к договору и является неотъемлемой частью настоящего договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **2. Сроки оказания услуг, условия и сроки ожидания услуг, их стоимость и порядок оплаты** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 2.1. Срок оказания услуг определяется видом оказываемой услуги и устанавливается в приложении № 2 к настоящему договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 2.2. Продление срока оказания услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением сторон к договору.  2.3. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 2.4. Стоимость оказываемых услуг устанавливается на основании Прейскуранта, утвержденного в Организации и действующего на день оказания услуг, и указывается в Приложении № 2 к настоящему договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 2.5. Оплата производится до начала оказания услуг на условиях 100% авансового платежа на лицевой счет Организации в безналичном порядке, либо в кассу Организации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Организация производит отметку о стоимости услуги в медицинской документации, на руки Пациенту (Законному представителю) выдаётся документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **3. Права и обязанности Организации/Исполнителя** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **3.1. Организация имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - требовать от Пациента (Законного представителя) выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.); - получать от Пациента (Законного представителя) письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласие на обработку персональных данных; - в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно по жизненным показаниям определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **3.2. Организация обязана:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - оказать услугу Пациенту (Законному представителю) согласно настоящему договору; - предоставить Пациенту (Законному представителю) бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы, предоставляемых услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения услуг; - в отношении каждого Пациента (Законного представителя) вести требуемую медицинскую документацию; - обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности; - соблюдать врачебную тайну о факте и причине обращения Пациента (Законного представителя) в Организацию, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. - выдавать Пациенту (Законному представителю), при наличии письменного заявления, копии медицинской документации в установленном порядке; - выдавать Пациенту (Законному представителю), в случаях, предусмотренных законодательством, лист временной нетрудоспособности. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **4. Права и обязанности Пациента/Потребителя** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **4.1. Пациент (Законный представитель) имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - обращаться за предоставлением сведений о наличии лицензии и информации о медицинской услуге, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - в письменной форме, в любое время в период действия договора отказаться от получения услуги, при этом Пациенту (Законному представителю) возвращаются денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - на защиту сведений, составляющих врачебную тайну; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - на письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **4.2. Пациент (Законный представитель) обязан:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - прибыть для получения услуги в назначенное Организацией время, информировать врача до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, кроме того, Пациент обязуется не изымать из медицинской карты амбулаторного больного результаты обследований и прочую медицинскую документацию; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | - точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Организации; - своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг; - при поступлении на лечение иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность; - осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Организации и после выписки на амбулаторное долечивание; - неукоснительно соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила внутреннего распорядка Организации, Правила поведения пациента в течение всего периода пребывания в ней; - возместить материальный ущерб в случае порчи им имущества Организации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **5. Ответственность сторон.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Организация несет ответственность перед Пациентом (Законным представителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 5.2. Организация не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Потребителем/Пациентом (Законным представителем) своих обязанностей по договору, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **6. Срок действия договора и порядок рассмотрения споров** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до 31.12.20\_\_ года, а в части исполнения обязательств – до момента полного исполнения обязательств Сторонами. В случае если ни одна из Сторон за 30 дней до истечения срока действия Договора не заявит о его прекращении, действие данного Договора автоматически продлевается на каждый последующий календарный год. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 6.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, при необходимости с проведением независимой экспертизы, в случае не достижения согласия Сторонами - согласно законодательству Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **7. Особые условия. Порядок изменения и расторжения договора.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7.1. Пациент (Законный представитель), при подписании настоящего договора подтверждает, что ознакомлен с:  - правилами внутреннего распорядка Организации;  - Правилами поведения пациентов в Организации;  - перечнем предоставляемых Организацией услуг и условиями их предоставления;  - действующим Прейскурантом цен;  - информацией о медицинском работнике, отвечающем за предоставление услуги, уровнем его образования и квалификации, графиком работы;  - порядком и стандартом оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (при наличии), применяемыми при оказании медицинских услуг, а также с информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;  - перечнем льгот и льготных категорий граждан при предоставлении услуг.  Подтверждением оказания медицинских услуг является медицинская справка, выписка из медицинской карты, выдаваемые Организацией Пациенту (Законному представителю):  - сроками и условиями ожидания предоставления медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика. Оказание дополнительных услуг осуществляется после подписания дополнительного соглашения или соответствующего Приложения № 2 к договору с указанием требуемых дополнительных услуг и их стоимости. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7.3. Пациент (Законный представитель) согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему, Организация вправе использовать аналог собственноручной подписи Главного врача, проставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 7.4. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.  7.5. Договор может быть расторгнут в любой момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации, в том числе в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по договору.  7.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.  7.7. Потребитель вправе 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». | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **8. Прочие условия** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 8.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 8.2. Настоящий договор составлен в 2-х имеющих равную силу экземплярах, по одному для каждой из Сторон.  8.3. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Исполнитель (Организация):** | | | | | | | | | | | | | | |  | **Потребитель (Пациент)/Законный представитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Общество с ограниченной ответственностью | | | | | | | | | | | | | | |  | ФИО: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | "Хирургия глаза" | | | | | | | | | | | | | | |  | Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Адрес: 156005, г. Кострома, ул. Осыпная, д. 26  ОГРН 1134401012712 ИНН 4401146124 | | | | | | | | | | | | | | |  | Адрес места жительства:  Иной адрес для ответа на обращение: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Контакты: 8 (4942) 496-800, сайт: https://eyeapple.ru/  Эл. почта: info@eyeapple.ru  Главный врач Яблоков Михаил Геннадьевич | | | | | | | | | | | | | | |  | Телефон: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | (М.Г. Яблоков) | | | | | | | | | | | | | | |  | ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (подпись) (И.О. Фамилия) | | | | | | | | | | | | | | |  | (подпись) (И.О. Фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Приложение № 1 к договору**  **№ \_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **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**  **№ \_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, и их стоимость** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Организация/Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Хирургия глаза»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Пациент/Потребитель (ФИО):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№ п/п** | | **Наименование услуги/ ФИО врача-офтальмолога** | | | | | | | | | | | | | **Цена, руб.** | | | **Количество** | | | | | | | | **Срок оказания** | | | | | | | **Сумма** | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Пациент подтверждает, что надлежащим образом был ознакомлен с прейскурантом цен на медицинские услуги. Претензий по срокам и качеству выполнения услуг не имеет. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Организация/Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | |  | **Пациент (Законный представитель)/Потребитель:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Главный врач Яблоков Михаил Геннадьевич | | | | | | | | | | | | | | |  | ФИО: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | ООО "Хирургия глаза" | | | | | | | | | | | | | | |  | Документ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Адрес: 156005, г. Кострома, ул. Осыпная, 26 | | | | | | | | | | | | | | |  | Адрес места жительства: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Контакты: 8(4942)496-800 | | | | | | | | | | | | | | |  | Телефон: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | ( ) | | | | | | | | | | | | | | |  | ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | (подпись) (И.О. Фамилия) | | | | | | | | | | | | | | |  | (подпись) (И.О. Фамилия) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |