|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ДОГОВОР №0000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| г. Воронеж | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 04.07.2023г. | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «МЕДИКА-ЭКСПРЕСС» адрес места нахождения: 394036 г. Воронеж, ул. Чайковского, д.4А, пом.53, ОГРН 1163668107503 от 30.09.2016 г. данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство о государственной регистрации от 30.09.2016г., выданное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №12 по Воронежской области, Лицензия на осуществление медицинской деятельности: ЛО41-01136-36/00363162 от 21.10.2020Г, выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области (394006, г. Воронеж, ул. Красноармейская, д. 52д, тел./факс: +7 (473) 212-61-78), | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с Лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): при оказании доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторны****х*** *условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведение профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, в т.ч в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, кардиологии, клинической лаболаторной диагностике, колопроктологии, косметологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оторинолорингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, неврологии, онкологии, оторинолорингологии, (за исключением кохлеарной имплантации); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, пульмонологии, сердечно-сосудистой хирургии, травмотологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, филиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), гастроэнтерологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оторинолорингологии (за исключением кохлеарной имплантации); пластической хирургии, рентгенологии, сестринскому делу, терапии, травмотологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе профессиональной пригодности,; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице генерального директора Мешкова Василия Геннадьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Пациентов Пациент Пациентович, 01.01.1991г., | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ф.и.о., дата рождения, адрес места жительства пациента) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (, тел. +7(920)229-30-21) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, в лице законного представителя | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ф.и.о., дата рождения, адрес места жительства, телефон законного представителя) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1. Предмет договора** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с информированного добровольного согласия Заказчика/Пациента (Законного представителя) (далее - Заказчик), обязуется оказать ему медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Перечень услуг, оказываемых Заказчику услуг отражается в Соглашении об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью данного договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по месту своего нахождения (амбулаторно, в дневном стационаре, стационарно (определяется лечащим врачом)). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Перечень, объем и стоимость услуг, подлежащих оказанию Исполнителем Заказчику (далее – перечень услуг), а так же сроки оказания (предоставления) медицинских услуг согласовываются Сторонами в Соглашении о стоимости, объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (Приложении № 1). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.5. Подписание настоящего договора со стороны Заказчика свидетельствует о своевременном получении им со стороны Исполнителя бесплатной, доступной, необходимой, достоверной и полной информации об Исполнителе, услугах и их стоимости, обеспечивающей возможность правильного выбора медицинских услуг, в том числе о порядке оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); сведения о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. Заказчик, до заключения настоящего договора, уведомлен 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя, а так же 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03.07.2023г. | | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
|  |  |  |  | подпись Пациента (Законного представителя) | | | | | | расшифровка подписи | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2. Права и обязанности сторон** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Исполнитель обязуется: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные платные услуги. Дополнительные платные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Заказчика. Согласие Заказчика на предоставление дополнительных медицинских услуг на возмездной основе оформляется путем внесения дополнений в Соглашение о стоимости, объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1). В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.2. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. После исполнения договора выдать Заказчику документы (договор с Приложением №1, копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.4. Сохранять конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иных сведений, полученных при медицинском обследовании и лечении (соблюдение врачебной тайны), в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.5. Давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам (по доверенности), включая государственные и судебные органы (в рамках полномочий). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.6. Соблюдать порядки и стандарты оказания медицинской помощи, а также руководствоваться клиническими рекомендациями, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. Заказчик/Пациент (Законный представитель) обязуется: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.1. Соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, Правила поведения в медицинской организации, утвержденные Исполнителем, в помещении Исполнителя, режим работы Исполнителя, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя, как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи. Выполнять все рекомендации медицинского персонала Исполнителя и третьих лиц, оказывающих по настоящему договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания услуг. Соблюдать при нахождении на лечении режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.2. До оказания медицинской помощи информировать врача об известных перенесенных заболеваниях и аллергических реакциях, противопоказаниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.3. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры в назначенное время, а так же не предпринимать действий, способных нарушить права других пациентов и сотрудников Исполнителя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (администратора или врача) не позднее, чем за 15 часов до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.4. Подписывать своевременно Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2) либо предоставить исполнителю письменный мотивированный отказ от подписания такого акта. В случае уклонения или немотивированного отказа Пациента (Законного представителя) от подписания акта об оказании услуг Исполнитель вправе оформить данный акт в одностороннем порядке. Платные медицинские услуги, указанные в этом акте, считаются предоставленными Исполнителем и принятыми Пациентом (Законным представителем) и подлежат оплате в соответствии с условиями договора. Данный акт подлежит подписанию Сторонами в день завершения оказания каждой конкретной медицинской услуги и от имени Исполнителя подписывается лицом, имеющим полномочия на заключение договоров оказания платных медицинских услуг, лечащим врачом или медицинским работником Исполнителя, непосредственно оказывающим медицинскую услугу. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.5. Незамедлительно информировать лечащего врача или медицинского работника Исполнителя, непосредственно оказывающего медицинскую услугу, об изменении состояния своего здоровья, включая появление болевых или дискомфортных ощущений, в процессе, а равно после диагностики и оказания медицинской услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.6. Оплатить стоимость предоставляемых услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3. Исполнитель имеет право: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.3.2. При наличии противопоказаний отказать Заказчику в оказании медицинской услуги и (или) проведении медицинского вмешательства. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4. Заказчик имеет право: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.1. Получать от Исполнителя полную и всестороннюю информацию о состоянии здоровья Заказчика, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах диагностики и лечения, о возможных осложнениях (рисках), возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых (назначаемых) лекарственных препаратах и медицинских изделиях; сведения о порядке и стандартах оказания медицинской помощи, о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, оказывающего медицинские услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.2. На защиту персональных данных. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.4. На отказ от медицинского вмешательства. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.5. На квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с условиями настоящего договора.. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.6. На выбор врача из состава специалистов Исполнителя, с учетом их графика работы и распорядка работы Исполнителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4.7. По своему усмотрению отказаться от оказания медицинских услуг или потребовать их прекращения. Отказ Заказчика от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается Заказчиком и медицинским работником и хранится в медицинской документации Пациента. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.5. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Стоимость платных медицинских услуг указывается в Соглашении о стоимости, сроках, объемах и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1), являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется действующим Прейскурантом Исполнителя, на момент обращения Заказчика за оказанием каждой конкретной медицинской услуги. Медицинские услуги НДС не облагаются в соответствии с п.п.2 п.2 ст.346.11 НК РФ. С прейскурантом, действующим на момент заключения договора, Заказчик ознакомлен и согласен. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3. Стоимость платных медицинских услуг может изменяться Исполнителем в течение всего срока действия договора. Исполнитель информирует Заказчика об изменении стоимости услуг путем размещения Прейскуранта на сайте Исполнителя, на информационном стенде, расположенном у Исполнителя. Если услуга оплачена Заказчиком предварительно, то она оказывается Заказчику в полном объеме без увеличения стоимости. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4. Предоставленные Пациенту на возмездной основе дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные настоящим договором, оплачиваются Заказчиком согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на дату оказания этих услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5. Оплата медицинских услуг, в том числе в случае, указанном в п.3.3 Договора, производится Заказчиком путем перечисления на расчетный счет Исполнителя или внесения в кассу Исполнителя 100%-ной предоплаты за предстоящие медицинские услуги в день их оказания. Оплата производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя либо с использованием банковской карты, а также путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.6. С согласия Заказчика медицинские услуги могут быть оплачены в полном размере до их оказания. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.7. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинских услуг в случае отсутствия платежа со стороны Пациента (Законного представителя). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4. Срок действия договора, порядок изменения и расторжения** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1.Сроки оказания медицинских услуг определяются сторонами по взаимному согласованию, исходя из конкретной клинической ситуации, характера и вида услуги, указываются в Соглашении о стоимости, объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (Приложение №1) и медицинской документации. Подписывая договор Заказчик подтверждает, что сроки проведения запрашиваемых услуг (исследований) ему известны. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2.В случае выполнения услуг организациями, привлеченными Исполнителем, сроки из выполнения регламентируются лицами, производящими такие услуги (исследования). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно расторгнут по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде письменного соглашения. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.4. Настоящий договор может быть досрочно расторгнут в одностороннем порядке в случае невыполнении одной из Сторон обязательств по настоящему договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.5. В случае отказа Пациента (Законного представителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Пациент (Законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5. Ответственность Сторон и форс-мажорные обстоятельства** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2. Исполнитель не несет ответственности за целесообразность проведения исследований независимо от того, проводятся ли исследования по назначению сторонних врачей или по личной инициативе Заказчика. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6. Порядок разрешения споров** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть Стороны будут стараться решать путем переговоров.  6.1.1. Претензия или обращение ,в связи с оказанием услуг по договору, направляется в письменной форме (по почтовому адресу Исполнителя и (или) в форме электронной копии документа на электронную почту Исполнителя ) с подписью пациента, конкретным требованием и контактными данными пациента. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов спор подлежит рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7. Заключительные положения** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон (по одному для Исполнителя и Заказчика). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.3. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.3.1. Соглашение о стоимости, объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение N 1). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.3.2. Акт об оказании медицинских услуг (Приложение N 2). | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Адреса и реквизиты Сторон** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель** | | | | | | | | | | **Заказчик/Пациент (Законный представитель):** | | | | | | | |
| Адрес: 394036 г. Воронеж, ул. Чайковского, д.4А, пом.53 ОГРН: 1163668107503 ИНН: 3666212772  КПП: 366601001 Р/С: 40702810500250006374 ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» БАНКА ВТБ (ПАО) г. Москва К/С: 30101810100000000835 БИК: 042007835 ОКПО: 04815673 Тел. +7 (473) 211-03-03 Сайт: https://gorklinika.ru/ | | | | | | | | | | ФИО: Пациентов Пациент Пациентович Дата рождения: 01.01.1991 Адрес регистрации: Паспорт: серия: номер: выдан: Тел. +7(999)999-99-99 Адрес электронной почты: Счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Подписи Сторон: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| От имени исполнителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Пациент (Законный представитель): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Ф.И.О. | | | | | | | | | | | | | | | | | |