

Уведомление пациента.

Уведомляем Вас, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, представляющего 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. С уведомлением ознакомлен:

Пациент: _____

Заказчик: _____

ДОГОВОР

ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

Город Уфа

" _____ " _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Кардио-неврологический центр» (ООО «Кардио-неврологический центр»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании Приказа № _____ от " ____ " _____ г., лицензии № ЛО-02-01-005952 от «21» ноября 2017 г., в лице, Администратора _____ с одной стороны, и

Ф.И.О.

в дальнейшем именуемый (-ая) Пациент в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору, или Заказчик в случае заключения Договора в интересах третьего лица (Пациента), с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора, объем услуг, порядок расчетов.

1. От лица «Исполнителя»

_____ специалист, оказывающий платные услуги (Ф.И.О.)

берет на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества в следующем объеме:

Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения	Цена по прейскуранту
1	2	3	4
Итого к оплате			

2.«Пациент»

_____ обязан:

Ф.И.О.

- оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги;
- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2. Ответственность сторон

1. Претензии по надлежащему исполнению платной медицинской услуги от «Потребителя» принимаются в течение 10 дней в письменной форме.

2. При неудовлетворенности оказанной медицинской услугой «Пациент» вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

3. Лицо, ответственное за оказанную услугу, обязано в течение 3-х суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

- назначить новый срок оказания услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной услуги;
- определить другого специалиста для исполнения услуги;

В случае неудовлетворенности «Пациентом» решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке, в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителя»

3. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Кардио-неврологический центр».

Юридический адрес: Республика Башкортостан, г. Уфа, Проспект Октября 119

Тел./факс: 8(347)2445858, 2445959.

ОГРН 1060277053352 выдан 02.10.2006г. серия 02 №004701398 ИФНС по Орджоникидзевскому району г. Уфы

ИНН 0277078286 КПП 027701001

Р/с 40702810900800000580 БИК 048073770 К/с 3010181060000000770 филиал ОАО «УРАЛСИБ» г. Уфа

Лицензия № ЛО-02-01-005952 от «21» ноября 2017 г. выдана Министерством здравоохранения Республики Башкортостан (г. Уфа, ул. Тукаева 23, тел. 8(347)2503310). Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность - согласно приложению к настоящему договору - заверенной копии лицензии.

Пациент:

(фамилия, имя, отчество прописью полностью, адрес места жительства и телефон)

«Исполнитель»

С условиями договора согласен «Заказчик»

М.П

Ф.И.О.

Ф.И.О.

(подпись)

Договор составлен в двух экземплярах, один из которых хранится у потребителя.