**ДОГОВОР**

на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

**Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно- диагностическая поликлиника № 1 Приморского района» (далее - СПб ГБУЗ КДП № 1**), адрес: 197183, Санкт- Петербург, Приморский проспект, д. 3, литера А, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 15 по Санкт-Петербургу за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1037832003692, действующее на основании Устава и Лицензии № ЛО41-01148-78/00571872 от 05 марта 2019 года, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191023, г. Санкт- Петербург, ул. Малая Садовая, 1. Тел.: (812) 595-89-79, факс 8 (812) 314-18-14) именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице оператора электронно-вычислительных машин стола справок регистратуры \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей (его) на основании доверенности № \_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем **«Заказчик», а также** Пациент (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем **«Потребитель»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

1.1. Предоставление платных медицинских услуг населению осуществляется Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморского района» в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

1.2. В настоящем договоре используются следующие основные понятия:

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

**«Потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

**«Заказчик»** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«Исполнитель»** - Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморского района», предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**

2.1. **Исполнитель** принимает на себя обязательства оказать **Потребителю**, по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге, платные медицинские услуги указанные в приложении к настоящему договору.

**3.ЛИЦЕНЗИЯ.**

3.1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01148-78/00571872 от 05 марта 2019 года, выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга (191023, г.Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, 1. Тел.: +7 (812) 595-89-79, факс 8(812) 314-18-14).

3.2. **197183, г. Санкт- Петербург, Приморский проспект дом 3 , лит. А**, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

3.2.1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской микробиологии, медицинскому массажу, медицинской оптике, медицинской статистике, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии профилактической, функциональной диагностике.

3.2.2. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии.

3.2.3. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии.

3.2.4. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностики, колопроктологии, лечебной физкультуре, медицинской микробиологии, медицинской статистике, нефрологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, спортивной медицине, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

3.2.5. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, кардиологии, лечебной физкультуре, неврологии, онкологии, пульмонологии, спортивной медицине, эндокринологии.

3.2.6. При оказании паллиативной медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях по: онкологии, терапии.

 3.2.7.При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

 3.3. **197341, г. Санкт-Петербург, аллея Поликарпова, д.6, к.2, лит.А, пом.31Н**, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

 3.3.1. При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

 3.3.2. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии.

 **4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

4.1. **Потребителю/Заказчику** в доступной форме предоставлена информация 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. Отказ **Потребителя** от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

4.2. 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/Заказчика**. Без согласия **Потребителя/Заказчика Исполнитель** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **Потребителя** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.4. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе **Потребителя** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

4.5. 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.

4.6. В случае отказа от получения медицинской услуги, возврат денежных средств осуществляется по заявлению **Потребителя/Заказчика,** суказанием Ф.И.О. **Потребителя**, паспортных данных, адреса места проживания, причины возврата денежных средств.

4.7. При заключении договора по требованию **Потребителя/Заказчика Исполнитель** должен предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащие следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

4.8. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия **Потребителя** (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.9. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию **Потребителя/Заказчика** является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

**5. СТОИМОСТЬ , ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

5.1. Стоимость медицинской услуги, указанная в п. 2.1 настоящего договора определяется согласно действующему на момент заключения договора Прейскуранту**Исполнителя.**

5.2. Оплата услуг осуществляется в форме 100 % предоплаты.

5.3. Порядок платежа: Оплата медицинских услуг производится в момент подписания Договора путем внесения наличных денежных средств в кассу исполнителя и/или в безналичном порядке

5.4. **Потребителю/Заказчику** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдаётся документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек), квитанция или иной бланк строгой отчетности.

**6. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

**Исполнитель** обязан:

6.1. Предоставлять **Потребителю** (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;

6.2. Предоставлять для ознакомления по требования **Потребителя/Заказчика**:

- копию учредительного документа медицинской организации;

- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

6.3. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

6.4. После исполнения договора выдать **Потребителю** (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**Потребитель** обязан:

6.5. Предоставить полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных заболеваниях, сообщить сведения, необходимые для определения возможных побочных реакций, осложнений, противопоказаний при оказании медицинской услуги.

6.6. Выполнять рекомендации медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенный режим лечения, строгое выполнение последовательности и своевременности медицинских назначений, соблюдение распорядка работы кабинетов учреждения, правил санитарно-эпидемиологического режима и противопожарной безопасности.

6.7. **Потребитель/Заказчик** обязан оплатить предоставляемую медицинскую помощь (услугу) в сроки и порядке, определяемом разделом 5 настоящего договора.

**7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

**Исполнитель** несет ответственность:

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

7.2. За вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, что подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**Потребитель/Заказчик** несет ответственность перед Исполнителем за нарушение правил предоставления медицинских услуг:

7.3. В случае полной или частичной неоплаты услуг **Исполнителю**;

7.4. Несоблюдения назначений врача;

7.5. Грубое и неуважительное отношение к персоналу;

7.6. При несоблюдении **Исполнителем** сроков оказания медицинских услуг, если это обусловлено медицинскими противопоказаниями или иными договорными отношениями **Исполнителя**, **Потребитель/Заказчик** вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуг;

- поручить оказание услуги третьим лицам за разумную цену или выполнить ее своими силами и потребовать от исполнителя возмещения понесенных расходов;

- потребовать уменьшения цены за оказание услуги;

- отказаться от исполнения договора о оказании услуги;

**Потребитель/Заказчик** вправе потребовать также полного возмещения убытков, причиненных ему в связи с нарушением сроков выполнения оказания услуги. Убытки возмещаются в сроки, установленные для удовлетворения соответствующих требований потребителя.

7.7. Стороны не несут ответственности за неисполнение обязательств по настоящему договору, если оно обусловлено временным ремонтом оборудования, либо это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

7.8. В связи с тем, что возможные побочные эффекты и осложнения при лечебно-диагностическом процессе могут возникнуть вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность, **Исполнитель** не несет ответственности за наступление побочных эффектов иосложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований. В случае если возникшие осложнения потребовали оказания срочной медицинской помощи, **Исполнитель** устраняет подобные вредные последствия без дополнительной оплаты в пределах компетенции профиля учреждения в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7.9. Стороны вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора по условиям в соответствии со ст. 782 Гражданского кодекса Российской Федерации.

**8. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ.**

8.1. Все претензии и споры, возникшие между **Потребителем/Заказчиком** и **Исполнителем** в процессе заключения и исполнения настоящего договора, разрешаются судебном порядке, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

9.1. Договор вступаетв силу с момента его подписания сторонами и действует до момента выполнения **Исполнителем** медицинских услуг определенных п. 1.1 настоящегодоговора.

9.2. Договор составляется в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в двух экземплярах. Все экземпляры договора имеют одинаковую юридическую силу.

 **Потребитель/Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. В доступной форме проинформирован 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.

Поставлен в известность о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего мне 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 моего здоровья

2. Русским языком владею. В услугах переводчика не нуждаюсь. **Подпись потребителя**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ.**

**«Исполнитель» «Потребитель»**

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморскогорайона»

 (СПб ГБУЗ КДП № 1)

ИНН: 7814134422 КПП: 781401001 Паспортные данные:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Р.сч.: 40 60 18 10 2 0000 3 000 000 Северо-Западное ГУ Банка России

БИК: 044030001

Юридический / фактический адрес: Домашний адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

197183 СПб, Приморский пр., дом 3, литер А

Телефон: 576-75-40 Телефон отделения платных услуг: 496-16-75 Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

По доверенности № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оператор электронно-вычислительных машин СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

стола справок регистратуры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (страховой номер индивидуального счета)

**«Заказчик» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись потребителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение № 1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Перечень оказываемых услуг**

**Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Исполнитель:** Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморского района»

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Ф.И.О. специалиста, выполнившего услугу | Кол-во | Цена (руб.) | Сумма | Срок предоставления услуги |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  |

Исполнитель: Потребитель:

по доверенности №\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи) (подпись) (расшифровка подписи)

Заказчик:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Приложение № 2 |
|  |  |  |  |  |  |  | к Договору на оказание платных медицинских услуг |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Консультативно-диагностическая поликлиника № 1 Приморского района" ( СПб ГБУЗ КДП № 1)** |
| **ИНН: 7814134422 КПП: 781401001** |
| **Адрес (юридический): 197183, Санкт-Петербург г, Приморский пр-кт, дом № 3, корпус А,Телефоны: +8 (812) 576-76-43, 496-16-75** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Акт № б/н от** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |  |
|  **об оказании услуг** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Потребитель:  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Заказчик: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Основание:  | Договор на оказание платных услуг от | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Валюта: Российский рубль |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№** | **Код услуги** | **Наименование работы (услуги)** | **Кол-во** | **Цена** | **Сумма** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Итого:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **В том числе НДС** | **Без НДС** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Всего (с учетом НДС):** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Исполнитель: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| По доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |   |  |   |
| (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |  |  |   |
| ( должность медицинского работника) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |  | (время оказания услуги) |
| Потребитель: |  |  |  |   |   |  |  |
|  |  |  |  |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Заказчик:  |  |  |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |
|  |