

Приложение № 3 к приказу ООО «Три-З»  
от «28 » августа 2026 г. № 570

**Уведомление Потребителя:**

Я \_\_\_\_\_, уведомлен Исполнителем о том, что

(Фамилия, инициалы Законного представителя Потребителя)

несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе неисполнение 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.

(подпись Законного представителя Потребителя)

Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 202\_ г. на оказание платных медицинских услуг  
(с Потребителем в лице Законного представителя потребителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

**Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Три-З» (сокращенное наименование - ООО «Три-З»), адрес юридического лица: 121614, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Крылатское, ул. Крылатская, д.15, свидетельство о гос. регистрации серии 23 № 000631313, от 04.07.2003 г., выданное Инспекцией МНС России № 1 г. Краснодара, ОГРН 1032304158193, ИНН 2308092939, тел. 8(861) 298-21-39, адрес официального сайта <https://3z.ru/>, Лицензия регистрационный номер ЛО41-00110-26/00589165 от 03.02.2022г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы, размещена на сайте Росздравнадзора [roszdravnadzor.gov.ru](http://roszdravnadzor.gov.ru); в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, и**

**Потребитель**

(Ф.И.О. полностью, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес фактического проживания, телефон Потребителя)

**в лице Законного представителя** \_\_\_\_\_ (ФИО полностью), « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, кем выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_, код подразделения: \_\_\_\_\_ адрес регистрации: \_\_\_\_\_ адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_,

(данные документа, подтверждающего полномочие законного представителя потребителя или полномочие лица, заключающего договор от имени потребителя, на заключение договора)

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее по тексту – медицинские услуги), перечень (наименование и количество) медицинских услуг, стоимость, срок, место оказания которых определены в настоящем Договоре, а Потребитель обязуется оплатить оказанные медицинские услуги:

| № | Код номенклатуры медицинских услуг | Наименование медицинской услуги | Подвид медицинской услуги |              | Количество услуг | Цена услуги (руб.) | Сумма услуг с учетом скидки (руб.) |
|---|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------|------------------|--------------------|------------------------------------|
|   |                                    |                                 | Код                       | Наименование |                  |                    |                                    |
|   |                                    |                                 |                           |              |                  |                    |                                    |
|   |                                    |                                 |                           |              |                  | <b>Итого</b>       |                                    |

**ИТОГО:**

(сумма прописью)

2. Место оказания услуг: \_\_\_\_\_.

3. Срок оказания услуг: \_\_\_\_\_.

4. Подписанием настоящего Договора Потребитель присоединяется к Публичному предложению Исполнителя - Правилам оказания платных медицинских услуг в ООО «Три-З» (далее – Правила), размещенным в доступной и наглядной форме на информационных стендах (стойках регистратуры) в местах оказания ООО «Три-З» медицинских услуг, а также на официальном сайте <https://3z.ru/>. Указанные Правила содержат общие условия настоящего Договора.

**5. Согласие на оказание платной медицинской услуги:**

Я \_\_\_\_\_, проинформирован Исполнителем

(Фамилия, инициалы Законного представителя Потребителя)

о возможности получения медицинских услуг без взимания платы в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подробную информацию о получении медицинских услуг в рамках ОМС можно получить в соответствующих медицинских организациях, Фонде обязательного медицинского страхования.

Я понял все вышеизложенное. Даю добровольное согласие на оказание Потребителю медицинских услуг за плату.

**Законный представитель Потребителя:**

(подпись Законного представителя Потребителя)

(расшифровка подписи)

6. Настоящий договор составлен в 2 (двух) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Законного представителя Потребителя. (кроме случаев заключения договора дистанционным способом). По требованию потребителя и (или) заказчика исполнителем направляется потребителю и (или) заказчику экземпляр заключенного договора (выписка из договора), подписанного (подписанная) усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица исполнителя.

7. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до полного выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

**8. Подписи сторон:**

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_  
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

**Законный представитель Потребителя:** \_\_\_\_\_  
(подпись) (расшифровка подписи)