

Уведомление Потребителя:

Я _____, уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний
(Фамилия, инициалы Законного представителя Потребителя)

(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 _____ на оказание платных медицинских услуг
(с Потребителем в лице Законного представителя потребителя)

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Три-З» (сокращенное наименование - ООО «Три-З»), юридический адрес: г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 34, оф. 68, свидетельство о гос. регистрации серии 23 № 000631313, от 04.07.2003, выданное Инспекцией МНС России № 1 г. Краснодара, ОГРН 1032304158193, ИНН 2308092939, тел. 8 800 250-333-0, Лицензия Л041-00110-26/00589165 от 03.02.2022 г.

Регистрационный номер реестровой записи выдан Министерством здравоохранения Республики Дагестан; в лице Администратора, действующего на основании доверенности от _____, и

Потребитель _____

_____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес фактического проживания, телефон Потребителя)

в лице **Законного представителя** _____

_____ (Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес фактического проживания, адрес регистрации, телефон Законного представителя)

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	Наименование медицинской услуги	Подвид медицинской услуги		Кол-во услуг	Цена услуги (руб.)	Сумма услуг с учетом скидки (руб.)
			Код	Наименование			
1							
Итого:							

ИТОГО: _____

(сумма прописью)

2. Место оказания услуг: _____

3. Срок оказания услуг: медицинские услуги оказываются Потребителю в день подписания настоящего Договора.

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 о
(Фамилия, инициалы Законного представителя Потребителя)

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 мне 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.

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: _____
Администратор
(должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Законный представитель Потребителя:

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)