

Уведомление Потребителя:

Я _____, уведомлен Исполнителем о том, что

(Фамилия, инициалы 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 Потребителя)

Договор № _____ от _____ 202_ г. на оказание платных медицинских услуг
(с Потребителем и Заказчиком)

« _____ » _____ 202_ г.

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Три-З» (сокращенное наименование - ООО «Три-З»), адрес юридического лица: 121614, г. Москва, в.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, Лицензия №ЛО41-00110-26/00589165 от 03.02.2022г. Регистрационный номер реестровой записи _____ выдан Министерством здравоохранения Краснодарского края; в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, и

Потребитель _____ (ФИО полностью), « _____ » _____ года рождения, паспорт: серия _____ номер _____, кем выдан: _____, дата выдачи: _____, код подразделения: _____ адрес регистрации: _____ адрес фактического проживания _____ телефон: _____,

Заказчик: _____

(наименование и адрес юридического лица, основной государственный регистрационный номер и идентификационный номер налогоплательщика) 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 Заказчик в пользу Потребителя 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			
						Итого	

ИТОГО: _____ (сумма прописью)

2. Место оказания услуг: _____.

3. Срок оказания услуг: _____.

4. Подписанием настоящего Договора Потребитель, Заказчик 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 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 мне медицинских услуг за плату.

Потребитель: _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

6. Настоящий договор составлен в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя, третий – у Заказчика.

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)

Потребитель: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Заказчик: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)