

## Договор на оказание платных медицинских услуг

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г

№ \_\_\_\_\_

ООО «Фабрика протезов и ортезов ОТРИ» ОГРН 1036164009144 Свидетельство о рег. № 003267417 выд. Инспекцией МНС России по Ленинскому району г.Ростова-на-Дону в лице директора Цукановой Е.К. действующей на основании Устава и имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности выданную МЗ Ростовской области ул. 1-Конной Армии д.33 тел.8-863-2423096 № ЛО-61-01-001756 от 21.07.2011 г., ЛО-61-01-004588 от 20.08.2015 г., № ЛО -61 -01-004751 от 02.11.2015 г. Осуществление амбулаторной - поликлинической помощи в т.ч. а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: травматологии и ортопедии; в) при осуществлении специализированной мед. помощи по : травматологии и ортопедии именуемое в дальнейшем "Исполнитель" находящийся по адресу: г.Ростов-на-Дону, ул. Московская, д.72. ( ВХОД с ул.Станиславского, 71 в Ортопедический центр «ОТРИ» и "Потребитель"

ФИО \_\_\_\_\_

адрес места  
жительства \_\_\_\_\_

заключили настоящий договор о нижеследующем:

### ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК РАСЧЁТА, ОБЪЁМ УСЛУГ,

От лица "Исполнителя" **врач травматолог - ортопед** специалист, оказывающий платные услуги берёт на себя обязательство оказать медицинскую помощь по вопросам ортопедии надлежащего качества.

Исполнитель гарантирует при оказании услуг соблюдение правил медицинской этики и врачебной тайны.

Итогом оказания мед. услуг является медицинская справка, выписной эпикриз, консультативный лист, выданные Исполнителем Потребителю либо иной документ предусмотренный законом РФ, подтверждающий факт оказания платной мед. услуги.

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

Потребитель обязан: после подписания договора

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

- подписать информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств.
- Исполнитель выдает Заказчику документ ( квитанцию об оплате) подтверждающий произведенную оплату услуг

#### **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- Претензии по не надлежащему исполнению платной медицинской услуги от "Потребителя" принимаются в течение 15 дней в письменной форме.
- При неудовлетворённости оказанной медицинской услугой, "Потребитель" вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении
- Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

назначить новый срок оказания услуги;

уменьшить стоимость предоставленной услуги;

определить другого специалиста для исполнения услуги

возместить убытки "Потребителю".

В случае неудовлетворённости "Потребителя" решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителя".

#### **ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**

- Договор, может быть, расторгнут по согласованию сторон с предварительным уведомлением другой стороны
- По инициативе потребителя договор, может быть, расторгнут досрочно.

С условиями договора согласен: \_\_\_\_\_ "Потребитель"

подпись

расшифровка

#### **ИСПОЛНИТЕЛЬ :**

Юридический адрес и банковские реквизиты:

344018, Г. Ростов-на-Дону, ул. Московская, д. 72 оф. 1 «з»

ООО «Фабрика протезов и ортезов ОТРИ»

р/сч. 40702810900400001599 в ОАО КБ «Центр –Инвест»

БИК 046015762 кор.сч. 30101810100000000762

тел. (863) 2562103, 2261570.

Директор

Цуканова Е.К.

М.П.