**ДОГОВОР №**

**НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Москва «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиника здоровья», реестровый номер**  Лицензии №Л041-01137-77/00321275 от 14.05.2018 г,. сроком действия: бессрочно (При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях , выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, в лице генерального директора Севостьянова Дмитрия Викторовича, действующего на основании устава , **(далее –** **Исполнитель),** с одной стороны, и гражданин(ка)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г., в дальнейшем именуемый(ая) **«Пациент»** в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору либо являющийся (являющаяся) представителем Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год рождения (*Ф.И.О. пациента*) в силу закона «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ**

**Медицинские услуги -** платныемедицинские услуги, предоставляемые Исполнителем Пациенту на возмездной основе за счет его личных средств, средств работодателя или иных средств на основании настоящего договора.

**Исполнитель/Клиника -** являющееся медицинской организацией, предоставляющей платные медицинские услуги Пациенту на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

**Заказчик –** физическое или юридическое лицо, приобретающее медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента.

**Пациент** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, **является пациентом,** на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"".

В случае совпадения Заказчика и Пациента в одном лице употребляется термин **«Пациент».**

**Специалист -** медицинский работник, оказывающий медицинские услуги.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать согласованные с Заказчиком/Пациентом медицинские услуги в соответствии с выданной Исполнителю лицензией на медицинскую деятельность, а Заказчик/Пациент обязуется их оплачивать.

1.2. Перечень платных медицинских услуг и их стоимость и сроки ожидания Стороны определяют/согласуют в Смете (План лечения) и/или Дополнительных соглашениях к Договору, с учетом действующего прейскуранта Исполнителя, и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги Пациенту в день обращения при наличии в Клинике Специалиста, либо по предварительной записи в назначенное время.

1.3.1. Сроки ожидания оказания услуг на комплексное лечение, устанавливаются с учетом поставленного Пациенту диагноза, стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, клинических рекомендаций и иных нормативных документов, действующих на территории Российской Федерации, а также индивидуальных особенностей организма Пациента, и фиксируются в Смете (План лечения) и/или дополнительных соглашениях к Договору, что является неотъемлемой частью договора.

1.4. Заказчик/Пациент оплачивает оказанные услуги в полном объеме, порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя.

1.5. Подписывая настоящий договор на оказание платных медицинских услуг, соглашаясь с его условиями Заказчик/Пациент уведомлен, что граждане вправе получить соответствующие виды и объемы медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

[Программ](consultantplus://offline/ref=8F526EB1959CA44354325BA30E78E3D36AC286C070B61A2E79EBE9D0872077D70937D9C44396428Ff2n5L)а государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи размещены в сети Интернет на сайте медицинской организации и на информационной стенде (стойке) медицинской организации.

1.6. Подписывая настоящий Договор Заказчик/Пациент подтверждает, что он уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

1.7. Подписывая настоящий Договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что он уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на определенный период их временной нетрудоспособности.

1.8. Подписывая настоящий Договор, Заказчик/Пациент подтверждает, что он ознакомлен с правилами поведения пациента в Клинике у Исполнителя, (далее – Правила поведения Заказчика/Пациента в Клинике).

1.9. На Пациента, являющегося непосредственным получателем медицинских услуг (Потребителем), распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.10. Заказчик /Пациент **соглашается на предоставление платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ**

**2.1. Исполнитель обязан по Договору:**

2.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в объеме и в сроки, согласованные Сторонами в Смете (План лечения) и/или в дополнительных соглашениях к настоящему договору, а также в соответствии с положениями об организации медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи и иных нормативных документов, действующих на территории Российской Федерации.

2.1.2. С письменного согласия Заказчика/Пациента проводить клинические обследования и на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый план лечения с указанием его стоимости в Смете (План лечения).

2.1.3. Предоставлять Заказчику/Пациенту информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, информацию об используемых медицинских препаратах и изделиях, информацию о профессиональном образовании и квалификации медицинских работников.

2.1.4. Назначать Специалиста соответствующей специализации для проведения лечения в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия Специалиста, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе с согласия Заказчика/Пациента назначить другого Специалиста для проведения лечения.

2.1.5. Незамедлительно извещать Заказчика/Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.6. До оказания дополнительных медицинских услуг письменно согласовать с Заказчиком/Пациентом дополнительные медицинские услуги в Дополнительном соглашении к Договору.

**2.2. Исполнитель имеет право по Договору:**

2.2.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик/Пациент ознакомлен до подписания настоящего Договора.

2.2.2. Отказать в оказании услуг Заказчику/Пациенту при наличии противопоказаний к лечению, за исключением случаев, угрожающих его жизни и здоровью.

2.2.3. Привлекать другие медицинские организации для оказания медицинских услуг.

2.2.4. Получать от Заказчика/Пациента информацию необходимую для исполнения своих обязательств. В случае не предоставления или не полного предоставления необходимой информации о состоянии здоровья Пациента приостановить оказывать услуги, до получения информации необходимой для оказания качественных медицинских услуг.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА/ ПАЦИЕНТА/**

**3.1. Заказчик/Пациент обязан:**

3.1.1. До подписания настоящего Договора ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, действующим Прейскурантом на медицинские услуги и иной необходимой информацией предусмотренной действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить выполнение всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций Исполнителя. Следовать рекомендациям Специалиста, согласованному в Смете (плану лечения), являться на прием в назначенное время и сроки.

3.1.3. Уважительно относится к сотрудникам Исполнителя и соблюдать Правила поведения Заказчика/Пациента в Клинике Исполнителя.

3.1.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.1.5. Знакомиться и подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях.

3.1.6. Дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении лица, не достигшего 15 лет или больного наркоманией старше 16 лет, если он является одним из родителей или иным законным представителем в отношении несовершеннолетнего пациента.

3.1.7. В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» соблюдать режим лечения, в том числе определенный в период нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации.

**3.2. Заказчик/Пациент имеет право:**

3.2.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

3.2.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, об объеме, стоимости и результатах оказанных медицинских услуг.

3.2.3. Выбрать Специалиста (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), оказывающего необходимые медицинские услуги.

3.2.4. В любое время отказаться от лечения, расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.2.5. Без взимания дополнительной платы, получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, используемых при предоставлении платных медицинских услуг, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, после исполнения Исполнителем настоящего Договора. Документы, указанные в настоящем пункте, предоставляются Исполнителем Заказчику/Пациенту в сроки в соответствии с пунктом 8 Порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них организациями пациентам утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», путем направления их по Почте России на адрес, указанный Заказчиком/Пациентом в заявлении или путем выдачи запрашиваемых документов Заказчику/Пациенту на руки под роспись.

3.2.6. Несовершеннолетний Пациент в возрасте старше 15 лет или больные наркоманией несовершеннолетние дети в возрасте старше 16 лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», за исключением случаев оказания им медицинской помощи в соответствии с частями 2 (признанные недееспособными) и 9 (когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям) статьи 20 данного Федерального закона.

3.2.7. Ознакомиться с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними риски, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, а также с информацией о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, оказывающего медицинскую услугу, которые размещены в сети Интернет на сайте медицинской организации (<https://zdravclinic.ru> https://premiumzdravclinic.ru/) и на информационной стенде (стойке) медицинской организации.

3.2.8. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим законодательством Российской Федерации.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком/Пациентом неполной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором.

4.4. В случае если Исполнитель оказал услуги полностью, а Заказчик не исполнил свои обязательства по оплате услуг, Исполнитель вправе взыскать с Заказчика неустойку в размере 0,1 % от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить.

**5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

5.1. По окончании оказания платных медицинских услуг Стороны подписывают Акт об оказании медицинских услуг.

5.2. Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в Смете (план лечения) и (или) дополнительном соглашении.

5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью **пациента** в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.6. В случае внесения Заказчиком/Пациентом 100% аванса и одностороннего отказа Заказчика/Пациента от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им расходов.

5.7. Стороны пришли к соглашению, что в случае внесения Заказчиком/Пациентом в кассу или на расчетный счет аванса по настоящему Договору проценты за пользование денежными средствами, предусмотренные статьей 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, не начисляются и не подлежат уплате Заказчику и /или Пациенту.

**6. ГАРАНТИЙНЫЙ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА.**

6.1. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СРОКОВ.**

7.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Срок рассмотрения претензии 10 (десять) календарных дней с момента ее получения.

7.2. Пациент/Заказчик в письменной форме может направить Исполнителю обращение (жалобу) нарочно и/или почтовой корреспонденцией по адресу, указанному в разделе 11 настоящего Договора.

Заказчик/Пациент также имеет право обратиться с обращением (жалобой) в органы государственной власти и организации согласно порядку, установленному законодательством Российской Федерации.

Информация об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и надзорных органов в сфере охраны здоровья и защиты прав потребителей и благополучия человека размещена в сети Интернет на сайте медицинской организации и на информационной стенде (стойке) медицинской организации.

Письменные обращения Заказчика/Пациента должны соответствовать требованиям, установленным ст. 7 Федерального закона от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации".

7.3. При предъявлении Заказчиком /Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя [Законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=433294&date=31.07.2023) Российской Федерации "О защите прав потребителей".

7.4. При невозможности достигнуть согласия Сторон спор передается на рассмотрение в суд.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует один год. В случае если одна из сторон не изъявила желание расторгнуть договор, срок договора продлевается на следующий календарных год. Количество пролонгаций не ограничено.

8.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

8.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 10 календарных дней до даты расторжения.

8.4. Условия настоящего договора могут быть изменены путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

**10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

10.1. Настоящий договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон настоящего Договора, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

10.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность, в порядке, установленном в подпункте 3.2.5 пункта 3.2. настоящего договора и действующим Российским законодательством.

10.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», Заказчик и /или Пациент даёт свое согласие осуществлять необходимые действия со своими персональными данными, предусмотренные законом.

10.5. Заказчик/Пациент уведомлен и согласен на осуществление Исполнителем видеонаблюдения в процессе предоставления платных медицинских услуг с целью безопасности в медицинской организации, соблюдения прав Пациента и повышения качества оказания медицинских услуг. В свою очередь, Заказчик/Пациент вправе требовать не производить видеонаблюдение в процессе оказания медицинских услуг.

10.7. Все дополнительные соглашения, приложения составляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

10.8. Приложения к настоящему Договору:

10.8.1. Приложение – Смета (План лечения).

**11.РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель: ООО «Клиника здоровья»**  ИНН/КПП 7729740870/772901001  ОГРН 1137746418886  Р/с 40702810338180008044 в ПАО Сбербанк г. Москва БИК 044525225К/с 30101810400000000225 Юр. адрес: 119526,г. Москва, проспект Вернадского, д. 105, корп.4  Факт.адрес: 119526,г. Москва, проспект Вернадского, д. 105, корп.5  Контакты: +7(495)380-08-45  Эл. адрес: mt.vernadskogo@gmail.com  Генеральный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Севостьянов Д.В./ | **Пациент (ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Документ удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства *(если не совпадает с регистрацией)*  Контакты:  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл. почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | **Заказчик (законный представитель):**  **ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Документ удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства *(если не совпадает с регистрацией)*  Контакты:  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Эл. почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Приложение

к Договору к договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**СМЕТА**

**(План лечения)**

**«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

(дата составления сметы)

**Медицинская карта №: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, дата рождения)

**Врач, составивший план лечения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ФИО, должность, подпись)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Порядковый номер** | **Код услуги** | **Наименование услуги в соответствии с номенклатурой медицинских услуг** | **Срок ожидания оказания медицинской услуги** | **Цена** | **Цена со скидкой** | **Кол-во,**  **шт.** | **Итоговая стоимость** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Сумма итого** | | | | | | |  |  |
| **Сумма балов** | | | | | | |  |  |
| **Сумма скидки** | | | | | | |  |  |
| **Итоговая сумма (с учетом скидок и балов)** | | | | | | |  |  |

**Срок оплаты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подписи сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ЗАКАЗЧИК :** | **ПАЦИЕНТ:** |
| ООО «\_\_\_\_\_\_\_» | ФИО | ФИО |
| Представитель по доверенности  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись/ М.П.) (Ф.И.О.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись/ М.П.) (Ф.И.О.) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись/ М.П.) (Ф.И.О.) |