

Подпись Законного представителя:	Подпись Потребителя (Пациента от 14 до 18 лет):
_____/_____	_____/_____
Дата: « ____ » _____ 2026 г.	Время: ____ час ____ мин.

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Благовещенск

от " ____ " _____ 20 ____

Общество с ограниченной ответственностью «Амурский центр микрохирургии глаза» (ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»), адрес места нахождения юридического лица и места осуществления медицинской деятельности: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер Л041-01123-28/00348152 от 24.05.2013 г., выданной Министерством здравоохранения Амурской области (675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2, телефон: +7 (4162) 49-49-18), срок действия: бессрочно, зарегистрированное Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 1 по Амурской области 28.11.2012 (ОГРН 1122801012025, ИНН 2801179709/КПП 280101001), в лице директора Борисова Андрея Федоровича, действующего на основании Устава, далее именуемое «Исполнитель», с одной стороны,
и Гражданин(ка)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
действующий(ая) в качестве законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна) на основании _____

(свидетельство о рождении, акт опеки),

телефон: _____,

E-mail: _____,

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», в интересах несовершеннолетнего(ей) Гражданина(ки)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт (при наличии) или Свидетельство о рождении: серия _____ № _____,

выдан _____,

проживающий(ая) по адресу: _____,

именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» («Пациент»), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые гражданам за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров по желанию граждан при оказании медицинской помощи;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать либо заказывающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«потребитель» - 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 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«исполнитель» - медицинская организация ООО «Амурский центр микрохирургии глаза», предоставляющая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности регистрационный номер Л041-01123-28/00348152 от 24.05.2013, выданной Министерством здравоохранения Амурской области (675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2, телефон / приемная: +7 (4162) 49-49-18), срок действия: бессрочно, виды медицинской деятельности:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; медицинской оптике; сестринскому делу; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;

офтальмологии; функциональной диагностике; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; офтальмологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках, предоставляемых в соответствии с договором платных медицинских услуг, поименован в смете (приложении №1 к настоящему договору).

1.4. Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и принятых на его основе нормативных правовых актов.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, соответствующие медицинским показаниям, перечню работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя согласно лицензии, а Заказчик обязуется принять и оплатить данные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. Предоставление платных медицинских услуг Потребителю при заключении настоящего Договора в доступной форме предоставлена следующая информация:

2.2.1. О порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, в соответствии и с учетом которых (соответственно) оказываются платные медицинские услуги по настоящему Договору. Платные услуги предоставляются на основе Клинических рекомендаций, Порядков и Стандартов медицинской помощи РФ. Ссылки на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и сайт Минздрава РФ (minzdrav.gov.ru) размещены на сайте <https://oftalmika.su> и стендах Исполнителя.

2.2.2. О возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по добровольному желанию и письменной просьбе самого Заказчика;

2.2.3. О медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги, включая достоверные сведения об уровне его профессионального образования и о квалификации, размещены на официальном сайте Исполнителя (<https://oftalmika.su>).

2.3. Конкретный перечень, объем, стоимость, а также точные сроки (периоды) предоставления медицинских услуг согласовываются Сторонами и фиксируются в Смете (Приложении № 1 к Договору), являющейся неотъемлемой частью Договора. Наименования медицинских услуг в Смете указываются в строгом соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Минздравом РФ.

2.4. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на получение медицинской помощи Потребителю на платной основе и до заключения Договора был надлежащим образом в доступной форме проинформирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы ОМС.

3. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И УВЕДОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА

3.1. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается Исполнителем в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом РФ, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

3.2. Платные медицинские услуги представлены Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия (ИДС) Заказчика (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

3.3. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника), в том числе предписанного терапевтического или послеоперационного офтальмологического режима лечения Потребителя, режима закапывания капель и ограничения физических нагрузок, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (информация размещена на сайте и стендах Исполнителя <https://oftalmika.su>).

3.4. Заказчик ознакомлен с информацией о том, что ссылки на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Минздрава РФ (minzdrav.gov.ru), на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, размещены на сайте Исполнителя <https://oftalmika.su> и его информационных стендах.

3.5. Информация, предусмотренная законодательством о защите прав потребителей и Правилами предоставления платных медицинских услуг, в наглядной и доступной форме доводится до сведения Заказчика при заключении настоящего Договора способами, принятыми в сфере медицинского обслуживания: путем размещения на официальном сайте Исполнителя (<https://oftalmika.su>), на информационных стендах (стойках) Исполнителя в доступных для ознакомления местах, а также непосредственно в тексте настоящего Договора.

3.6. До заключения настоящего Договора Заказчик подписью на отдельном бланке уведомления подтвердил, что извещен о возможности получения бесплатной медицинской помощи по полису ОМС в государственных медицинских организациях по видам медицинской помощи, указанным в п. 1.2. Договора.

3.7. Вся указанная информация доводится до сведения Заказчика на русском языке. Заказчик личной подписью под настоящим Договором подтверждает, что предоставленная на русском языке информация ему полностью понятна.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить соответствие оказываемых услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, лечения, профилактики, разрешенным на территории РФ.

4.1.2. Предоставить Заказчику по его требованию полную информацию об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, сроках их годности и особенностях восстановительного периода Потребителя.

4.1.3. Вести установленную медицинскую документацию и обеспечивать передачу сведений об оказанной медицинской помощи в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в объеме и порядке, установленных действующим законодательством РФ.

4.1.4. Выдать Заказчику (или Потребителю) после окончания лечения медицинские документы в виде справки, заключения, выписки, отражающие состояние его здоровья, без взимания дополнительной платы. Копии медицинских документов предоставляются по заявлению в порядке, установленном Исполнителем и размещенном на официальном сайте <https://oftalmika.su> в сети Интернет.

4.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

4.1.6. Немедленно извещать Заказчика 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.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Своевременно оплатить медицинские услуги Исполнителя в соответствии с разделом 5 Договора.

4.2.2. Сообщить врачу до начала обследования, лечения или операции все достоверные сведения о соматическом анамнезе Потребителя (включая врожденные патологии, сахарный диабет, гипертоническую болезнь, хронические заболевания ребенка, аллергические реакции на анестетики, глазные капли-мидриатики и иные лекарственные средства, противопоказания). Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии).

4.2.3. Обеспечить строгое выполнение Потребителем всех предписаний лечащего врача-офтальмолога или врача-терапевта (соблюдать график осмотров, дозировку препаратов, режима нагрузок).

4.2.4. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору на официальном сайте в сети Интернет: <https://oftalmika.su>, информационных стендах Исполнителя.

4.2.5. Обеспечить выполнение Потребителем всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдение Правил внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительного режима, правил техники безопасности и пожарной безопасности (информация размещена на сайте Исполнителя <https://oftalmika.su>).

4.2.6. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление Потребителем любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

4.3. Заказчик (Потребитель) имеет право:

4.3.1. На оказание услуг надлежащего качества, безопасных для жизни и здоровья Потребителя, соответствующих медицинским показаниям, требованиям порядков, стандартов и клинических рекомендаций.

4.3.2. При обнаружении недостатков услуги Заказчик вправе потребовать безвозмездного устранения недостатков в разумный срок, соответствующего уменьшения цены услуги либо возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами.

4.3.3. В доступной форме получить информацию о состоянии здоровья Потребителя, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения.

4.3.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору согласно п.8.3. Договора.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. В случае возникновения неотложных, угрожающих жизни состояний Потребителя, самостоятельно определять объем медицинских манипуляций, необходимых для спасения жизни Потребителя, в соответствии с порядками и стандартами оказания экстренной медицинской помощи.

4.4.2. Отказать в предоставлении конкретной платной медицинской услуги или приостановить ее оказание в случае выявления у Потребителя медицинских противопоказаний, которые могут повлечь за собой ухудшение состояния здоровья Потребителя или создать угрозу его жизни.

4.4.3. Требовать от Заказчика и Потребителя соблюдения (<https://oftalmika.su>): графика прохождения процедур; режима при приеме лекарственных препаратов; назначений, рекомендаций специалистов; лечебно-охранительного режима; правил внутреннего распорядка лечебного учреждения; правил техники безопасности и пожарной безопасности.

4.4.4. Приостановить оказание конкретной платной медицинской услуги в случае неисполнения Заказчиком или Потребителем предписанного лечебно-охранительного режима, рекомендаций специалистов или графиков явки, если такое неисполнение делает невозможным качественное и безопасное проведение медицинского вмешательства.

4.4.5. Отказать в проведении конкретной медицинской манипуляции или процедуры при обнаружении у Потребителя временных или постоянных медицинских противопоказаний, а также в случаях, когда действия (или бездействие) Заказчика либо Потребителя создают прямую угрозу для жизни и здоровья несовершеннолетнего Пациента.

4.4.6. Использовать результаты, описание хода лечения, данные инструментальных исследований (включая снимки, томограммы) и прочую информацию в научных и учебно-методических целях, в том числе при опубликовании в специализированной медицинской литературе, строго в обезличенном виде, исключающем возможность идентификации личности Потребителя или Заказчика.

4.4.7. Приостановить оказание платных медицинских услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных разделом 5 настоящего Договора, до момента полного погашения задолженности.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость платных медицинских услуг определяется Сметой (Приложение № 1 к настоящему договору) на основании действующего Прейскуранта Исполнителя.

5.2. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком в кассу Исполнителя наличными денежными средствами, безналичным путем с использованием платежных банковских карт через платежные терминалы, либо безналичным путем с использованием дистанционных банковских систем и платежных сервисов (включая Систему быстрых платежей (СБП), оплату по QR-коду или мобильный банк). Заказчику выдается кассовый чек (в том числе в электронном виде на указанный Заказчиком абонентский номер или адрес электронной почты) в соответствии с Федеральным законом № 54-ФЗ.

5.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

5.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

5.5. В случае если в процессе оказания услуг выявились медицинские противопоказания, либо дальнейшее оказание услуг стало невозможным по иным причинам, независящим от воли Сторон, Договор расторгается. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость медицинских услуг, фактически оказанных до момента выявления невозможности продолжения лечения, а остаток внесенного аванса (при его наличии) возвращается Заказчику в течение 10 (десяти) дней.

5.6. Исполнитель по заявлению Заказчика выдает комплект документов, подтверждающих фактические расходы, для оформления социального налогового вычета (справку установленного ФНС России образца), информация размещена на официальном сайте Исполнителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации, в случае если будет доказан.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о здоровье

Потребителя либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 4.2.2, 4.2.3, 4.2.5. настоящего договора.

6.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со ст. 13 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей». Требование о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора за исключением случаев, установленных законодательством.

8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. При предъявлении Заказчиком требований, связанных с предоставлением платных медицинских услуг, в том числе при обнаружении недостатков, Исполнитель рассматривает и удовлетворяет предъявленные требования (направляет отказ в удовлетворении) в сроки, установленные Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

8.1.1. Заказчик имеет право направлять обращения (жалобы) Исполнителю, в контролирующие органы Амурской области (информация размещена на сайте исполнителя <https://oftalmika.su/>). Официальными формами и способами направления обращений являются: а) подача письменного обращения лично в адрес Исполнителя под роспись; б) направление письменного обращения почтовым отправлением по адресу: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, 3 или на электронную почту: info@oftalmika.su или посредством горячей линии: 8 800 302-11-22.

8.1.2. Адреса и номера телефонов учредителя и контролирующих органов Амурской области для направления обращений (жалоб): Министерство здравоохранения Амурской области: 675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, 26/2. Тел.: +7 (4162) 20-07-69; Территориальный орган Росздравнадзора: 675000, г. Благовещенск, ул. Мухина, 31. Тел.: 8 (4162) 53-20-63; Управление Роспотребнадзора: 675002, г. Благовещенск, ул. Первомайская, 30. Тел.: 8 (4162) 52-56-29.

8.2. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных пунктом 8.3 настоящего Договора и действующим законодательством РФ. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Дополнительных соглашений, подписываемых Сторонами.

8.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору. Под фактически понесенными расходами Исполнителя, помимо прочего, понимаются: стоимость вскрытых и/или подготовленных для проведения процедуры/операции одноразовых медицинских изделий, индивидуально заказанных под Потребителя расходных материалов (в т.ч. интраокулярных линз), а также стоимость уже проведенных этапов диагностики и предоперационной подготовки Потребителя.

8.4. В случае систематического нарушения Заказчиком или Потребителем условий настоящего Договора, правил поведения в клинике или лечебного режима, Исполнитель вправе инициировать расторжение настоящего Договора в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ, при этом Исполнитель полностью освобождается от ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Потребителя, вызванное такими нарушениями.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

9.2. Обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей медицинской услуги, что подтверждается медицинской документацией Исполнителя (записью в медицинской карте пациента). В случае неявки Потребителя и Заказчика для получения медицинских услуг в сроки, согласованные Сторонами в Смете (Приложении №1), по причинам, не связанным с действиями Исполнителя, обязательства Исполнителя по настоящему Договору прекращаются в связи с невозможностью исполнения по вине Потребителя (ст. 416 ГК РФ), а Договор считается прекращенным.

9.3. Настоящий Договор составлен в форме единого документа на бумажном носителе. Количество оригинальных экземпляров Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, соответствует числу Сторон настоящего Договора.

Стороны подписывают настоящий Договор собственноручно (путем нанесения рукописной подписи ручкой на бумажном носителе). При этом допускается подписание Договора со стороны Исполнителя с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи (УКЭП), а со стороны Заказчика и Потребителя — с использованием простой электронной подписи (ПЭП) на планшете Исполнителя. В случае подписания Договора в электронном виде, экземпляры Договора на бумажном носителе, выдаваемые Заказчику и Потребителю по их требованию, содержат штамп визуализации электронной подписи Исполнителя с указанием сведений о сертификате ключа подписи

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК (Родитель / Законный представитель)	ПОТРЕБИТЕЛЬ (Пациент):
ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»		ФИО ребенка:
Юр. адрес: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3	ФИО полностью:	Свидетельство о рождении / Паспорт: серия _____ № _____ выдан
ИНН 2801179709, ОГРН 1122801012025	Адрес регистрации:	Для Пациента до 14 лет (подписывает родитель):
Директор: _____ / Борисов	Паспорт: серия _____ номер _____	Подпись Законного представителя
А.Ф. _____ /	Выдан: _____	ЗА несовершеннолетнего: _____ /
М.П. _____	Телефон: _____	Для Пациента от 14 до 18 лет (подписывают и ребенок, и родитель):
	Подпись Заказчика: _____ /	Подпись несовершеннолетнего Пациента: _____ /
		С заключением договора подростком согласен (Подпись Законного представителя): _____ /

СМЕТА
на предоставление платных медицинских услуг
(в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659)

Исполнитель: _____

Заказчик (ФИО): _____

Потребитель (ФИО ребенка): _____

Стороны согласовали перечень, стоимость и конкретные сроки предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору, зафиксированных Сторонами в следующей таблице:

№ п/п	Наименование медицинской услуги (с учетом номенклатуры услуг Минздрава РФ)	Кол-во	Срок предоставления услуги (дата или временной интервал в часах/днях)	Цена за ед., руб.	Итоговая сумма, руб.
1					
2					
3					
4					
ИТОГО:					

Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя и составляет общую сумму: _____ рублей.

Срок начинает исчисляться с момента выполнения Заказчиком обязательств по 100% предоплате и фактической явки Потребителя к Исполнителю.

Изменение конкретных сроков оказания услуг по инициативе Исполнителя допускается по медицинским показаниям (в случае изменения состояния здоровья пациента) или при возникновении непредвиденных осложнений, что оформляется Дополнительным соглашением Сторон.

Потребитель и Заказчик подписью под настоящей Сметой подтверждают свое ознакомление и согласие со стоимостью, объемом и номенклатурой назначенных медицинских услуг.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «Амурский Центр микрохирургии глаза» 675000, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3	ЗАКАЗЧИК (Родитель / Законный представитель):	ПОТРЕБИТЕЛЬ (Пациент):ФИО ребенка:

	ФИО _____ полностью:	Свидетельство о рождении / Паспорт: серия _____ № _____ _____ выдан _____
Директор: _____ А.Ф. / М.П.	Адрес _____ регистрации:	Для Пациента до 14 лет (подписывает родитель): Подпись _____ Законного представителя ЗА _____ несовершеннолетнего: _____ /
	Паспорт: серия _____ номер _____ _____ Выдан: _____	Для Пациента от 14 до 18 лет (подписывают и ребенок, и родитель): Подпись _____ несовершеннолетнего Пациента: _____ /
	Телефон: _____	_____ С заключением _____ договора подростком согласен (Подпись Законного _____ представителя): _____ /
	Подпись _____ Заказчика: _____ _____ /	