

**УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКАЗЧИКА И ПОТРЕБИТЕЛЯ (ПАЦИЕНТА)**  
(в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659)

г. Благовещенск «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г. Время: \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_ мин.

ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» в лице директора Борисова Андрея Федоровича, действующего на основании Устава, в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг до заключения Договора уведомляет Вас:

**1.** Граждане РФ имеют законное право на получение медицинской помощи бесплатно в рамках Программы государственных гарантий (по полису ОМС в порядке очереди и по направлению врача) в медицинских организациях, участвующих в реализации программ ОМС. Отказ от платных услуг в пользу бесплатной поликлиники не может являться причиной уменьшения видов и объемов оказываемой бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях, входящих в систему ОМС.

Информируем, что ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» не является медицинской организацией, участвующей в реализации программ ОМС, в связи с чем не оказывает медицинскую помощь в рамках Программы государственных гарантий (по полису ОМС). Медицинская помощь в ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» оказывается исключительно за плату.

**2.** О соблюдении режима и рекомендаций:

В соответствии с ч. 3 ст. 27 ФЗ № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение назначений и предписаний врачей ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» (офтальмолога, терапевта), включая нарушение графика контрольных явок, медикаментозного режима (закапывания капель, приема лекарств) или до- и послеоперационных ограничений, может снизить качество платной услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента (вплоть до потери зрения или тяжелых осложнений).

**ПОДПИСИ СТОРОН О ПОДТВЕРЖДЕНИИ УВЕДОМЛЕНИЯ:**

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что до заключения Договора и внесения оплаты уведомлены ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» в доступной и понятной форме о возможности получения бесплатной медицинской помощи по ОМС в государственных учреждениях, а также о последствиях несоблюдения режима лечения и рекомендаций врачей. Мы добровольно выбираем получение услуг на платной основе за счет личных (привлеченных) средств.

Заказчик \_\_\_\_\_ (Опекун): \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ полностью:

Паспорт: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ /

Потребитель (Пациент): ФИО полностью (недееспособное лицо): \_\_\_\_\_

*В силу признания Пациента недееспособным, подпись от его имени ставит Законный представитель:*

Подпись Опекуна за Пациента: \_\_\_\_\_ /

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 и осуществления медицинской деятельности: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3, действующее на основании лицензии № Л041-01123-28/00348152 от 24.05.2013 г., выданной Министерством здравоохранения Амурской области (675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2, тел: +7 (4162) 49-49-18), срок действия: бессрочно, ОГРН 1122801012025, ИНН 2801179709, КПП 280101001, в лице директора Борисова Андрея Федоровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка) \_\_\_\_\_

(ФИО Опекуна полностью), « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, телефон: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_, действующий(ая) в качестве Законного представителя (Опекуна) на основании \_\_\_\_\_

(указать реквизиты Удостоверения опекуна или Решения органа опеки), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», со второй стороны, в интересах Гражданина(ки) \_\_\_\_\_ (ФИО недееспособного

Пациента полностью), « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_, зарегистрированного(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» или «Пациент», с третьей 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» — Законный представитель (Опекун), имеющий намерение заказать (приобрести) либо заказывающий (приобретающий) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу признанного недееспособным Потребителя;

«Потребитель» («Пациент») — физическое лицо, признанное в установленном законом порядке недееспособным, в интересах которого заключается настоящий Договор, получающее офтальмологическую помощь лично, на которое распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией по следующим видам медицинской деятельности: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: операционному делу, сестринскому делу, при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: общественному здоровью и организации здравоохранения, офтальмологии, экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Перечень выполняемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указан в Смете (Приложении №1 к настоящему Договору).

1.4. Обработка персональных данных Заказчика и Потребителя осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

2. Предмет Договора

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, соответствующие медицинским показаниям, согласно лицензии, а Заказчик (Опекун) обязуется принять и оплатить данные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. Предоставление услуг Потребителю осуществляется на основе Клинических рекомендаций, Порядков и Стандартов медицинской помощи РФ. Ссылки на Официальный интернет-портал правовой информации ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru)) и сайт Минздрава РФ ([minzdrav.gov.ru](http://minzdrav.gov.ru)) размещены на сайте <https://oftalmika.su>.

2.3. Конкретный перечень, объем, стоимость, а также точные сроки предоставления услуг фиксируются в Смете (Приложении № 1), являющейся неотъемлемой частью Договора.

2.4. Подписанием Договора Заказчик подтверждает, что он до заключения Договора был в доступной форме проинформирован о возможности получения Потребителем бесплатной медицинской помощи по полису ОМС в государственных учреждениях.

### 3. Условия и порядок предоставления медицинских услуг

3.1. Медицинская помощь организуется и оказывается Исполнителем в соответствии с положениями об организации оказания медицинской помощи, утверждаемыми Минздравом РФ.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия (ИДС), подписанного Законным представителем (Заказчиком) в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3. Заказчик (Опекун) уведомлен о том, что несоблюдение назначений Исполнителя Потребителем (контроль за которыми обязан осуществлять Опекун), может снизить качество услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

### 4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

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

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

4.1.3. Вести установленную медицинскую документацию и обеспечивать передачу сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ).

4.1.4. Выдать Заказчику (Опекуну) после окончания лечения Потребителя медицинские документы (заключение, выписку), отражающие состояние здоровья Потребителя, без взимания дополнительной платы.

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

4.1.6. Немедленно извещать Заказчика (Опекуна) о невозможности оказания медицинской помощи Потребителю по возникшим медицинским обстоятельствам.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. В случае возникновения неотложных, угрожающих жизни состояний Потребителя, самостоятельно определять объем медицинских манипуляций, необходимых для его спасения.

4.2.2. Отказать в предоставлении услуги или приостановить ее в случае выявления у Потребителя медицинских противопоказаний.

4.2.3. Требовать от Заказчика (Опекуна) обеспечения соблюдения Потребителем графика процедур, режима приема препаратов и правил внутреннего распорядка клиники.

4.2.4. Использовать результаты и данные исследований Потребителя в научных и учебно-методических целях строго в обезличенном виде.

4.2.5. Приостановить оказание услуг по настоящему Договору в случае нарушения Заказчиком обязательств по оплате до момента полного погашения задолженности.

4.3. Заказчик (Опекун) обязан:

4.3.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги Исполнителя в соответствии с условиями Договора и согласованной Сметой.

4.3.2. Сообщить врачу до начала обследования или операции все достоверные сведения соматического анамнеза Потребителя (сахарный диабет, гипертония, хронические заболевания, аллергические реакции).

4.3.3. Обеспечить строгое выполнение Потребителем всех медицинских предписаний врача-офтальмолога, включая соблюдение графика осмотров, дозировку и время закапывания капель, режим нагузок.

### 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 (Опекуном) 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 (Опекуна).

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 (Опекун) оплачивает Исполнителю стоимость медицинских услуг, фактически оказанных до момента выявления невозможности продолжения лечения, а остаток внесенного аванса (при его наличии) возвращается Заказчику (Опекуну) в течение 10 (десяти) дней.

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

## 6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, а также за причинение вреда в процессе оказания медицинских услуг, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Заказчик (Опекун) несет финансовую ответственность за несвоевременную или неполную оплату медицинских услуг, согласованных Сторонами в Смете (Приложении №1) или Дополнительных соглашениях к настоящему Договору. В случае нарушения Заказчиком порядка и сроков оплаты, Исполнитель имеет право приостановить оказание медицинских услуг Потребителю.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за недостижение желаемого результата лечения или возникновение осложнений, если они явились следствием нарушения Заказчиком или Потребителем условий настоящего Договора, Правил поведения в клинике или предписанного Потребителю медицинского режима, графика контрольных явок, правил закапывания препаратов или до- и послеоперационных ограничений (нарушение п. 4.3.3). Исполнитель также освобождается от ответственности в случае предоставления Заказчиком (Опекуном) неполной, недостоверной или искаженной информации о соматическом здоровье Потребителя, скрытых хронических заболеваниях, повышении АД, диабете или аллергических реакциях (нарушение п. 4.3.2), либо в случае употребления Потребителем сторонних медикаментов, мазей или лекарственных трав без предварительного согласования с лечащим врачом Исполнителя.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки), непосредственно препятствующих выполнению Договора

## 7. Конфиденциальность и врачебная тайна

7.1. Стороны соблюдают режим конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении договора, за исключением случаев, установленных законодательством РФ.

7.2. Поскольку Заказчик является Законным представителем (Опекуном) недееспособного Потребителя в силу закона, Исполнитель предоставляет Заказчику полную информацию о состоянии здоровья Потребителя, диагнозе, ходе лечения и доступ к его медицинской документации в соответствии со ст. 13 и ст. 22 ФЗ № 323-ФЗ.

## 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 сроки, установленные Законом РФ «О защите прав

потребителей».

8.1.1. Заказчик имеет право направлять обращения (жалобы) Исполнителю, а также в контролирующие органы Амурской области (информация размещена на сайте oftalmika.su). Способами направления обращений Исполнителю являются: а) подача лично под роспись Исполнителю; б) направление почтой по адресу: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3; в) на Email: info@oftalmika.su или через горячую линию: 8 800 302-11-22.

8.1.2. Адреса контролирующих органов Амурской области для направления обращений (жалоб): Министерство здравоохранения Амурской области: 675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2. Тел.: +7 (4162) 20-07-69;

Территориальный орган Росздравнадзора по Амурской области: 675004, г. Благовещенск, ул. Мухина, д. 31. Тел.: 8 (4162) 53-20-63; Управление Роспотребнадзора по Амурской области: 675002, г. Благовещенск, ул. Первомайская, д. 30. Тел.: 8 (4162) 52-56-29.

8.2. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде путем подписания Дополнительных соглашений Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных пунктом 8.3 настоящего Договора и действующим законодательством РФ.

8.3. Заказчик вправе отказаться от исполнения Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов (стоимость вскрытых одноразовых изделий, расходных материалов, фактически проведенных этапов диагностики и лечения)».

#### 9. Срок действия Договора

9.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств.

9.2. В случае неявки Потребителя в сроки, согласованные в Смете, Стороны согласуют новые сроки оказания услуг путем оформления Дополнительного соглашения. При невозможности согласования новых сроков по вине Заказчика договор, может быть, расторгнут с возвратом средств за вычетом фактически понесенных расходов Исполнителю.

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 — с использованием простой электронной подписи (ПЭП) на планшете Исполнителя. В случае подписания Договора в электронном виде, экземпляры Договора на бумажном носителе, выдаваемые Заказчику по его требованию, содержат штамп визуализации электронной подписи Исполнителя с указанием сведений о сертификате ключа подписи.

#### 10. Реквизиты и подписи сторон

##### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»

Юр. адрес: 675002, Амурская область, г.

Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3

ИНН 2801179709, ОГРН 1122801012025

Директор:

\_\_\_\_\_ / Борисов А.Ф. / М.П.

##### ЗАКАЗЧИК (Опекун):

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: сер. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

##### ПОТРЕБИТЕЛЬ (Пациент):

ФИО: \_\_\_\_\_

\*Подпись от имени недееспособного лица\*

Подпись Опекуна за Потребителя:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

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

Исполнитель: ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»  
Заказчик (Опекун, ФИО): \_\_\_\_\_  
Потребитель (Пациент, ФИО): \_\_\_\_\_

Стороны определили и 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.

Заказчик (Опекун) подписью под настоящей Сметой (в том числе за недееспособного Потребителя) подтверждает ознакомление и согласие со стоимостью, объемом и номенклатурой услуг.

## РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»

Юр. адрес: 675002, Амурская область, г.

Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3

ИНН 2801179709, ОГРН 1122801012025

Директор:

\_\_\_\_\_ / Борисов А.Ф. / М.П.

### ЗАКАЗЧИК (Опекун):

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: сер. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан

Тел: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### ПОТРЕБИТЕЛЬ (Пациент):

ФИО: \_\_\_\_\_

\*Подпись от имени недееспособного лица\*

Подпись Опекунa за Потребителя:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
к Договору № \_\_\_\_\_ от «» \_\_\_\_\_ 202 г  
на оказание платных медицинских услуг

г. Благовещенск

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

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, в лице директора Борисова Андрея Федоровича, действующего на основании Устава, далее именуемое «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка) \_\_\_\_\_ (ФИО Опекуна полностью),

«\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

телефон: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_,

действующий(ая) в качестве Законного представителя (Опекуна) на основании \_\_\_\_\_ (

указать реквизиты Удостоверения опекуна или Решения органа опеки и попечительства), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», со второй стороны, в интересах Гражданина(ки) \_\_\_\_\_ (ФИО недееспособн

ого Пациента полностью), «\_\_» \_\_\_\_\_ г. рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_,

зарегистрированного(ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» или «Пациент», с третьей стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В связи с медицинскими показаниями, выявленными в ходе исполнения Договора, Стороны согласовали проведение дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных основным Договором.

В соответствии с условиями основного Договора Исполнитель своевременно проинформировал Заказчика (Опекуна) о медицинских показаниях до начала вмешательства, и по обоюдному согласию Сторон Исполнитель оказывает, Заказчик оплачивает, а Потребитель (Пациент) принимает следующие дополнительные платные медицинские услуги:

| № 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: |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|

2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем в соответствии с лицензией № 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.

3. Стоимость платных медицинских услуг, предусмотренных п. 1 настоящего соглашения, определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг Исполнителем и составляет общую сумму: \_\_\_\_\_ рублей.

4. Оплата услуг по настоящему соглашению осуществляется Заказчиком (Опекуном) наличными денежными средствами, с использованием платежных банковских карт в кассу Исполнителя, либо безналичным путем с использованием дистанционных банковских систем и сервисов (СБП, QR-код, мобильный банк) по выбору Заказчика (Опекуна).

5. Настоящее соглашение составлено в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон. Допускается подписание настоящего соглашения со стороны Исполнителя с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи (УКЭП). Заказчик (Опекун) подписывает настоящее соглашение собственноручно на бумажном носителе либо с использованием простой электронной подписи (ПЭП) на планшете Исполнителя. Экземпляры соглашения на бумажном носителе, выдаваемые Заказчику по его требованию, содержат штамп визуализации электронной подписи Исполнителя с указанием сведений о сертификате ключа подписи.

6. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим соглашением, остаются в силе и действуют условия основного Договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2026 г.

## 7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»  
Юр. адрес: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3  
ИНН 2801179709, ОГРН 1122801012025

Директор:

\_\_\_\_\_ / Борисов А.Ф. / М.П.

### ЗАКАЗЧИК (Опекун):

В силу признания Пациента недееспособным, подпись от его имени ставит Законный представитель

ФИО: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Паспорт: сер. \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Тел: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /