

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

ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» (ИНН 2801179709, ОГРН 1122801012025, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 3) в лице директора Борисова Андрея Федоровича, действующего на основании Устава, в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг до заключения Договора уведомляет Вас:

1. О праве на бесплатную медицинскую помощь:

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 ООО «Амурский центр микрохирургии глаза»:

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).

Мы, нижеподписавшиеся:

Гражданин(ка) (ФИО полностью)

_____, паспорт: серия _____, № _____, выдан _____,

выступающий(ая) в качестве Заказчика (Плательщика), и Гражданин(ка) (ФИО полностью)

_____, паспорт: серия _____, № _____, выдан _____,

выступающий(ая) в качестве Потребителя (Пациента), подписью под настоящим уведомлением 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 медицинских услуг для Потребителя (Пациента) в ООО «Амурский центр микрохирургии глаза» на платной основе за счет личных (привлеченных) средств.

Подпись ЗАКАЗЧИКА (Плательщика): _____ / _____ (ФИО полностью от руки)

Подпись ПОТРЕБИТЕЛЯ (Пациента): _____ / _____ (ФИО полностью от руки)

Дата оформления: « _____ » _____ 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 _____ № _____ (ФИО плательщика),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
телефон: _____,

Е-mail _____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», со второй стороны, и Гражданин(ка)

« ____ » _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____ (ФИО пациента),
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
телефон: _____,

Е-mail: _____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» или «Пациент», с третьей стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее — 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 (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя;

«Потребитель» («Пациент») — физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

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 г., выданной Министерством здравоохранения Амурской области (675028, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 26/2, телефон: +7 (4162) 49-49-18), срок действия: бессрочно, по следующим видам медицинской деятельности: 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 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, указан в Смете (Приложении №1 к настоящему Договору).

1.4. Обработка персональных данных Заказчика и Потребителя осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона 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 обязуется принять и оплатить данные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. Предоставление платных медицинских услуг Потребителю осуществляется 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.

2.3. 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 и Потребитель подтверждают, что они до заключения Договора были надлежащим образом в доступной форме проинформированы о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы ОМС в государственных медицинских организациях.

3. Условия и порядок предоставления медицинских услуг

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, утверждаемыми Минздравом РФ.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия (ИДС) Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3.3. Потребитель и Заказчик уведомлены о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника), в том числе предписанного послеоперационного офтальмологического режима лечения, 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 Пациента (вплоть до потери зрения или осложнений).

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 Потребителю по его требованию полную информацию об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, сроках их годности и особенностях восстановительного периода».

4.1.2.1. Предоставить Заказчику по его требованию информацию об используемых при оказании услуг медицинских изделиях (в том числе интраокулярных линзах) исключительно в объеме, необходимом для проверки обоснованности стоимости услуг и заполнения финансовых документов (смет, актов).

Медицинская информация о состоянии здоровья Потребителя, диагнозе и ходе лечения Заказчику не предоставляется, за исключением случаев наличия отдельного письменного согласия Потребителя на предоставление таких сведений Заказчику.

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 Потребителю после окончания лечения медицинские документы в виде заключения, выписки, отражающие состояние его здоровья, без взимания дополнительной платы. Копии медицинских документов предоставляются по заявлению Потребителя в порядке, установленном Исполнителем и размещенном на официальном сайте oftalmika.su в сети Интернет.

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

4.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания медицинской помощи, а также о возникших медицинских обстоятельствах и противопоказаниях, которые могут повлечь за собой изменение плана лечения или сокращение объема оказываемых медицинских услуг.

4.1.6.1. Извещать Заказчика о факте невозможности завершения оказания услуг или сокращения их объема исключительно в целях проведения взаиморасчетов, изменения стоимости договора и подписания соответствующих финансовых документов (соглашений). Информация о конкретных медицинских причинах, диагнозах и обстоятельствах такого сокращения, Заказчику не предоставляется (в соответствии с п. 7.2 настоящего Договора).

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, в соответствии с порядками экстренной помощи.

4.2.2. Отказать в предоставлении конкретной платной медицинской услуги или приостановить ее оказание в случае выявления у Потребителя медицинских противопоказаний, которые могут повредить его здоровью.

4.2.3. Требовать от Потребителя соблюдения графика процедур, режима приема препаратов, правил внутреннего распорядка, техники безопасности и пожарной безопасности (размещены на сайте (<https://oftalmika.su>)).

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

4.2.5. Отказать в проведении конкретной медицинской манипуляции или процедуры при обнаружении у Потребителя временных или постоянных медицинских противопоказаний, которые создают прямую угрозу для его жизни и здоровья

4.2.6. Использовать результаты, описание хода лечения и данные исследований (включая снимки и томограммы) Потребителя в научных и учебно-методических целях строго в обезличенном виде, исключая идентификацию личности.

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

4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Своевременно и в полном объеме оплатить медицинские услуги Исполнителя в соответствии с условиями Договора и согласованной Сметой (Приложением №1).

4.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг Исполнителем, прейскурантом цен и правилами поведения в клинике, размещенными на сайте oftalmika.su и информационных стендах.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления актов оказанных услуг, справок для налогового вычета (ИФНС) и иных отчетно-финансовых документов по произведенным Заказчиком платежам, информация размещена на сайте oftalmika.su и информационных стендах. .

4.4.2. Получать информацию о стоимости этапов лечения Потребителя и осуществлять контроль за расходованием, внесенных им денежных средств (аванса).

4.5. Обязанности Потребителя:

4.5.1. Сообщить врачу до начала обследования, лечения или операции все достоверные сведения соматического анамнеза (включая сахарный диабет, гипертоническую болезнь, хронические заболевания), аллергические реакции на анестетики, мидриатики и иные лекарственные средства, а также противопоказания.

4.5.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии).

4.5.3. Строго выполнять все медицинские предписания, назначения и рекомендации лечащего врача-офтальмолога или врача-терапевта, включая соблюдение графика осмотров и контрольных явок, точную дозировку и время закапывания препаратов, а также режим физических нагрузок в до- и послеоперационный периоды.

4.5.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности Исполнителя.

4.5.5. Предварительно согласовывать со специалистами Исполнителя употребление любых сторонних терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего в процессе прохождения курса лечения.

4.6. Потребитель имеет право:

4.6.1. На оказание ему медицинских услуг надлежащего качества, безопасных для его жизни и здоровья, в соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи РФ.

4.6.2. В доступной форме получить информацию о состоянии своего здоровья, результатах обследования, установленном диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах вмешательств и их предполагаемых результатах.

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. 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 возвращается Заказчику в течение 10 (десяти) дней.

5.4. Исполнитель по заявлению Заказчика выдает комплект документов, подтверждающих фактические расходы, для оформления социального налогового вычета (справку установленного ФНС России образца на имя лица, производившего оплату).

6. Ответственность сторон

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

6.2. Ответственность за вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя при оказании медицинских услуг, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Заказчик несет ответственность за несвоевременную или неполную оплату медицинских услуг, согласованных Сторонами в Смете (Приложении №1) или Дополнительных соглашениях к настоящему Договору, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.4. 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 Потребителем медицинского режима, графика контрольных явок, правил закапывания препаратов или до- и

послеоперационных ограничений (нарушение п. 4.5.1, п. 4.5.3, п. 4.5.4). Исполнитель также освобождается от ответственности в случае предоставления Потребителем неполной, недостоверной или искаженной информации о соматическом здоровье Потребителя, скрытых хронических заболеваниях, повышении АД, диабете или аллергических реакциях (нарушение п. 4.5.2), либо в случае употребления Потребителем сторонних медикаментов, мазей или лекарственных трав без предварительного согласования с лечащим врачом Исполнителя (нарушение п. 4.5.5).

6.5. 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

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 РФ.

7.2. Стороны осознают и подтверждают, что сведения о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе, методах лечения и иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну (в соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ).

Заключение Заказчиком настоящего Договора и оплата им медицинских услуг не являются основанием для предоставления Заказчику сведений, составляющих врачебную тайну Потребителя, а также доступа к его медицинской карте и иным медицинским документам.

Передача Заказчику информации о состоянии здоровья Потребителя допускается исключительно при наличии отдельного письменного согласия (доверенности), подписанного Потребителем лично о предоставлении сведений касающихся здоровья Потребителя.

8. Порядок изменения и расторжения договора

8.1. При предъявлении Заказчиком или Потребителем 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 и Потребитель имеют право направлять обращения (жалобы) Исполнителю, а также в контролирующие органы Амурской области (информация размещена на сайте Исполнителя <https://oftalmika.su>). Официальными формами и способами направления обращений Исполнителю являются: а) подача письменного обращения лично Исполнителю под роспись; б) направление письменного обращения почтовым отправлением по адресу: 675002, Амурская область, г. Благовещенск, ул. Чайковского, д. 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, 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. 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.

8.4. В случае систематического нарушения 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). В случае неявки Потребителя 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:	ПОТРЕБИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
	ФИО:	ФИО:
	_____	_____
	_____	_____
	Адрес регистрации (места жительства):	Адрес регистрации (места жительства):
	_____	_____
	_____	_____
	Паспорт: серия _____	Паспорт: серия _____
	номер _____ Выдан:	номер _____ Выдан:
	_____	_____
	_____	_____
_____ / Борисов .А.Ф _____ /	Телефон:	Телефон:
М.П.	_____	_____
	Подпись Потребителя:	Подпись Заказчика:
	_____	_____
	/ _____ /	/ _____ /

Приложение № 1 к договору
от ____ № _____

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

Исполнитель: _____
Заказчик (ФИО): _____

Потребитель (ФИО): _____

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.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Заказчик:

ФИО:

ФИО:

Адрес регистрации (места
жительства):

Адрес регистрации (места
жительства):

Паспорт: серия _____

Паспорт: серия _____

номер _____

номер _____

Выдан:

Выдан:

Телефон:

Телефон:

Подпись Потребителя:

Подпись Заказчика:

/ _____
_ /

/ _____

_____/ Борисов .А.Ф _____ /
М.П.

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

полностью), «__» _____ г. рождения, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

телефон: _____,

Е-mail: _____

_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», со второй стороны, и Гражданин(ка) _____

(ФИО пациента полностью), «__» _____ г. рождения, паспорт: _____ серия _____ № _____, выдан _____,

_____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____, телефон: _____,

Е-mail: _____, именуемый(ая) 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 № ____ от «» _____ 20 г., Стороны согласовали проведение следующих медицинских услуг, не предусмотренных основным Договором.

В соответствии с условиями основного Договора Исполнитель своевременно проинформировал Потребителя (Пациента) и Заказчика (Плательщика) о медицинских показаниях до начала вмешательства, и по обоюдному согласию Сторон Исполнитель оказывает, Заказчик оплачивает, а Потребитель 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 Исполнителя и составляет общую сумму: _____ рублей.

4. Оплата услуг по настоящему соглашению осуществляется Заказчиком 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

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 и Потребитель подписывают настоящее соглашение собственноручно на бумажном носителе или с использованием простой электронной подписи (ПЭП) на планшете Исполнителя. Экземпляры соглашения на бумажном носителе 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 «» _____ 20 г.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН:

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ПОТРЕБИТЕЛЬ:
ФИО:

Заказчик:

ФИО:

Адрес регистрации (места

жительства):

Паспорт: серия _____
номер _____ Выдан:

Телефон:

Подпись Потребителя:

_____ /

Адрес регистрации (места
жительства):

Паспорт: серия _____
номер _____ Выдан:

Телефон:

Подпись Заказчика:

_____ /

_____ / Борисов .А.Ф _____ /
М.П.