

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.**

Я, _____, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской».

Подпись _____

Договор на оказание медицинских услуг.

г. Великий Новгород

г.

ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской» в лице главного врача Иванова Станислава Васильевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. _____ № истории болезни _____ именуемый в дальнейшем Потребитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Потребителю медицинские стоматологические услуги по перечню в статалоне, являющемся приложением к Договору (далее услуги), а Потребитель обязуется их оплатить. Срок действия договора: по

1.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Потребитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.3. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.4. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Потребителю разъяснено и понятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях, дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Потребитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статалоном качественно и в срок (с учетом п.1.2.).

2.1.2. Оказать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Снизить или отказаться от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской»

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.

2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценами действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.

2.3.3. Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналично через терминал поликлиники или перечислением денежных средств на счет поликлиники. При оформлении статалона может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболевания, включая альтернативные.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

3. Ответственность сторон

3.1. За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Потребитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, переделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.

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

4. Заключительные положения.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.

4.2. Потребитель признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.

4.3. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.

4.4. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.

4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (трех) экземплярах. 1 экземпляр на руки Потребителю 2 (и 3) экземпляр(ы) хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.

4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

5. Адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель

ООО "Стоматологическая поликлиника на Псковской", 173015, Великий Новгород, Псковская ул. д 40а, ИНН 5321052708, КПП 532101001, р/с 40702810900000001287, в АО НКБ "Славянбанк" к/с 30101810445374030948, БИК 044030948, код по ОКВЭД 85.13, по ОКПО 35738676, ОГРН 1025300788743, зарегистрирован МИФНС России №9 по Новгородской области 01.10.2009 г.
Лицензия № Л041-01073-53/00293881 от 29.07.2014 года, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (173005, В. Новгород, пл. Победы-Софийская 1, тел. (8162)732-297, 732-582.), на осуществление медицинской деятельности.
тел: 735-115, 735-460, 730-081

Главный врач
Содержание договора до Потребителя доведено и разъяснено

Иванов С. В.

Потребитель

ФИО
Адрес места жительства
Данные документа, удостоверяющего личность

Год рождения
телефон
подпись _____

Законный представитель

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия
представителей _____

Плательщик

**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.**

Я, _____, настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской».

Подпись _____

Договор на оказание медицинских услуг.

г. Великий Новгород

г.

ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской» в лице главного врача Иванова Станислава Васильевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. _____ - Законный представитель Потребителя _____ № истории болезни _____, именуемый в дальнейшем Законный представитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе Потребителю медицинские стоматологические услуги по перечню в статалоне, являющемся приложением к Договору (далее услуги), а Законный представитель обязуется их оплатить. Срок действия договора: по _____

1.2. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Законный представитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.3. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.4. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Законному представителю разъяснено и понятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях, дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Законный представитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья Потребителя на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статалоном качественно и в срок (с учетом п.1.2.).

2.1.2. Оказать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Снизить или отказаться от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской»

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.

2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценами действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.

2.3.3. Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналично через терминал поликлиники или перечислением денежных средства на счет поликлиники. При оформлении статалона может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.

2.4. Законный представитель имеет право:

2.4.1 На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболевания, включая альтернативные.

2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

3. Ответственность сторон

3.1 За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Законный представитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Законный представитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, переделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.

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

4. Заключительные положения.

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.

4.2. Законный представитель признает правомерность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.

4.3. Законный представитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.

4.4 Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.

4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (трех) экземплярах. 1 экземпляр на руки Законному представителю 2 (и 3) экземпляр(ы) хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.

4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

5. Адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель

ООО "Стоматологическая поликлиника на Псковской", 173015, Великий Новгород, Псковская ул. д. 40а, ИНН 5321052708, КПП 532101001, р/с 40702810900000001287, в АО НКБ "Славянбанк" к/с 30101810445374030948, БИК 044030948, код по ОКВЭД 85.13, по ОКПО 35738676, ОГРН 1025300788743, зарегистрирован МИФНС России №9 по Новгородской области 01.10.2009 г.
Лицензия № Л041-01073-53/00293881 от 29.07.2014 года, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (173005, В. Новгород, пл. Победы-Софийская 1, тел. (8162)732-297, 732-582.), на осуществление медицинской деятельности.
тел: 735-115, 735-460, 730-081

Главный врач

Иванов С. В.

Содержание договора до Потребителя доведено и разъяснено

Потребитель

ФИО
Адрес места жительства
Данные документа, удостоверяющего личность

Год рождения
телефон
подпись _____

Законный представитель

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия
представителей _____

Плательщик



Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя.

Я, _____ настоящим подтверждаю, что до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомлен(а) ИСПОЛНИТЕЛЕМ о том, что возможно получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ в других медицинских организациях, участвующих в реализации таких программ. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской».

Подпись _____

г. Великий Новгород

Договор на оказание медицинских услуг.

ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской» в лице главного врача Иванова Станислава Васильевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель и гр. _____ № истории болезни _____ именуемый в дальнейшем Потребитель, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать на (без) возмездной основе Потребителю медицинские услуги (далее услуги) в соответствии с п. 1.2. договора, а Потребитель обязуется их оплатить.

1.2. Исполнитель оказывает следующие услуги по действующему Прейскуранту:

ЗАКАЗ-НАРЯД № _____ дата начала услуги _____ дата окончания услуги _____
 Общий срок выполнения заказа _____ до полугода _____ год _____ дней.
 Гарант. обязательства _____ до полугода _____ 1 год _____ лечение не закончено _____

Код по прейскуранту	Название услуги по прейскуранту	Кол-во	Стоимость	Примечание

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Стоимость _____ руб.
 Скидка _____ руб.
 Итого _____ руб.

№ чека	Дата	Сумма	Дата	Время	Примечание

Оплачено _____

Остаток _____

Врач _____

Техник _____

Регистратор _____

Работу принял, претензий к срокам и качеству не имею _____

1.3. Срок ожидания предоставления платных медицинских услуг составляет 4 месяца. Срок выполнения услуг(и) всех видов согласовывается в день начала оказания услуги, в случае необходимости проведения дополнительного исследования или лечения срок выполнения считается промежуточным, при этом конечный срок выполнения конкретных услуг не может превышать года от даты вступления в силу настоящего договора. Подписывая настоящий договор, Потребитель тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем сроки, стоимость, условия оплаты и гарантийные обязательства исполнения услуг(и) ему известны и устраивают его.

1.4. Услуги предоставляются на условиях частичной предоплаты или полной оплаты по согласованию с Потребителем в наличной или безналичной форме.

1.5. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений). Потребителю разъяснено и памятно содержание, методы и возможные варианты лечения, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства и цели выполнения медицинских манипуляций, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи. Потребителю также разъяснено, что процедуры подготовки и проведения лечения носят неприятный и иногда болезненный характер, во время и после процедуры, о чем необходимо немедленно известить медицинского работника. Состояние после анестезии и врачебных манипуляций в полости рта требуют от пациента щадящего режима приема пищи и соблюдения гигиенических манипуляций, а в некоторых случаях, дополнительного обследования и лечения, включая других специалистов. Потребитель сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья на момент обращения, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя наркотических и токсических средств. Исполнитель оказывает услуги после получения информированного добровольного согласия на проведение стоматологических манипуляций.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

- 2.1.1. Оказывать Потребителю услуги в соответствии с Договором и статаломом качественно и в срок (с учетом п.1.2.).
- 2.1.2. Оказывать Потребителю услуги с соблюдением действующего законодательства, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, а также с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.
- 2.2. Исполнитель имеет право:
- 2.2.1. Снизить или отказать от гарантийных обязательств на оказанные услуги в соответствии с Положением об установлении гарантийных обязательств при оказании стоматологической помощи в ООО «Стоматологическая поликлиника на Псковской»

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

- 2.3.1. Ознакомиться и соблюдать согласованный план диагностики и лечения, изложенный в медицинской карте стоматологического больного и подписанный потребителем.
- 2.3.2. Предварительно ознакомиться с условиями оплаты и ценоми действующего прейскуранта и гарантийными обязательствами.
- 2.3.3. Оплатить услуги в полном объеме. Оплата услуг может быть проведена в наличной форме в кассу поликлиники, безналчно через терминал поликлиники или перечислением денежных средств на счет поликлиники. При оформлении статаломы может взиматься аванс в размере 30% или в размере стоимости дорогостоящих материалов по согласованию с Потребителем.
- 2.4. Потребитель имеет право:
- 2.4.1. На достоверную, своевременную и полную информацию о результатах исследования, о состоянии здоровья Потребителя, о методах лечения заболеваний, включая альтернативные.
- 2.4.2. Отказаться от исполнения настоящего договора до окончания срока его действия, оплатив фактически понесенные расходы Исполнителю. Аванс, уплаченный в счет стоимости индивидуальных материалов подлежит возврату в сроки, но не позднее 10 дней после отказа от исполнения договора, согласованные Сторонами, при условии компенсации исполнителю реально понесенных расходов.

3. Ответственность сторон

- 3.1. За нарушение условий договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.
- 3.2. В случае невозможности исполнения услуги, возникшей по вине Потребителя, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
- 3.3. В случае нарушений условий договора со стороны Исполнителя, Потребитель вправе требовать безвозмездного устранения недостатков, перделки услуги, снижения ее стоимости, возмещение понесенных им расходов по устранению недостатков своими силами или третьими лицами. Решение о нарушениях и компенсациях принимается согласованно на Врачебной комиссии поликлиники.
- 3.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг неадекватного качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4. Заключительные положения.

- 4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение срока, согласованного Сторонами.
- 4.2. Потребитель признает правомочность и юридическую силу факсимильной подписи главного врача Исполнителя, печати на настоящем договоре, а также на документах, связанных с исполнением данного договора.
- 4.3. Потребитель дает свое согласие на то, что Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязательств по настоящему договору.
- 4.4. Настоящий договор может быть изменен, дополнен или расторгнут по согласованию сторон или по действующему законодательству. Все изменения и дополнения оформляются в письменном виде и подписываются обеими сторонами.
- 4.5. Настоящий договор составлен на русском языке, в двух (двух) экземплярах. 1 экземпляр на руки Потребителю 2 (и 3) экземпляры хранятся у исполнителя с электронной подписью заказчика.
- 4.6. Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отображающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, выдаются Потребителю (его законному представителю) без взимания дополнительной платы в порядке и на условиях, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 №789н.

5. Адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель

ООО "Стоматологическая поликлиника на Псковской", 173015, Великий Новгород, Псковская ул. д 40а, ИНН 5321052708, КПП 532101001, р/с 40702810900000001287, в АО НКБ "Славянбанк" к/с 30101810445374030948, БИК 044030948, код по ОКВЭД 85.13, по ОКПО 35738676, ОГРН 1025300788743, зарегистрирован МИФНС России №9 по Новгородской области 01.10.2009 г.
Лицензия № Л041-01073-53/00293881 от 29.07.2014 года, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (173005, В. Новгород, пл. Победы-Софийская 1, тел. (8162)732-297, 732-582.), на осуществление медицинской деятельности.
тел: 735-115, 735-460, 730-081

Главный врач

Иванов С. В.

Содержание договора до Потребителя доведено и разъяснено

Потребитель

ФИО _____
Адрес места жительства _____
Данные документа, удостоверяющего личность _____

Год рождения _____

телефон _____

подпись _____

Законный представитель _____

Несовершеннолетний от 14 до 18 лет с согласия
представителей _____

Плательщик _____