

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва		20__ г.
-----------	--	---------

Общество с ограниченной ответственностью «Эвкалипт» (ОГРН 1257700143623, ИНН 9722095512), в лице Генерального директора Лисицкой Ольги Вячеславовны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной Стороны, и

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 14 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Потребителя»)

Я, _____,
паспорт: _____, _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина -полностью, год рождения) далее «Заказчик» (в случае если договор заключен в пользу «Потребителя»)

(Фамилия Имя Отчество, дата рождения)
(документ, удостоверяющий личность)
(адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
(телефон)

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель», с другой Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Основные понятия, используемые в настоящем договоре:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«Заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу «Потребителя»;

«Исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги «Потребителю» в соответствии с Договором.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с указанной ниже лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно **Прейскуранту** цен (тарифов) на медицинские услуги (далее — Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги. **Перечень** медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении №1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Также после оказания каждой услуги подписывается **Акт** об оказании платных медицинских услуг (Приложение №3), который после его проверки и подписания Потребителем (Заказчиком) становится неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Информация о лицензии ООО «Эвкалипт» на осуществление медицинской деятельности и видах

работ (услуг), оказываемых в составе лицензируемого вида деятельности: Лицензия № Л041-01137-77/05077228. Дата предоставления лицензии: 19.05.2026. Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения города Москвы. На виды медицинской деятельности: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии, неврологии, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.4. Потребитель подтверждает, что до заключения договора Исполнитель предоставил ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах и их стоимости, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и иную дополнительную информацию, касающуюся особенностей, предоставляемых Потребителю медицинских услуг;
- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736);
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.5. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.6. Срок предоставления конкретной услуги Исполнителя (консультации, диагностические исследования, лечебные манипуляции) определяются датой и временем обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ.

1.7. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.8. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Потребитель обязан:

2.1.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся

заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.1.2. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к диагностическим исследованиям, а также неукоснительно соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по достижению и сохранению результатов лечения.

2.1.3. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1 согласно Прейскуранту цен, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.1.4. Информировать специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого.

2.1.5. Сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) об изменениях самочувствия, обо всех осложнениях, возникших во время и после оказания медицинских услуг.

2.1.6. Информировать Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) об употреблении любых лекарственных, гомеопатических препаратов, лекарственных трав и т. д., назначенных не Исполнителем.

2.1.7. В случае окончательного отказа от медицинских услуг (части услуг) Исполнителя, уведомить последнего об этом в письменной форме или дать соответствующую расписку.

2.1.8. Во время нахождения на территории Исполнителя выполнять Правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем, Правила размещены на стенде и на сайте Учреждения, соблюдать режим работы медицинской организации.

2.1.9. После оказания медицинской услуги, при отсутствии замечаний, подписать акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение №3). В случае одностороннего отказа от подписания акта, и не предоставления мотивированного отказа в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента предоставления акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

2.2. Исполнитель обязан:

2.2.1. Согласовать с Потребителем характер и объем обследования его здоровья.

2.2.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 1.1. настоящего Договора, качество которых соответствует современным достижениям медицинской науки, и не может быть ниже стандартов качества медицинской помощи, если они установлены для субъекта РФ, где оказываются услуги.

2.2.3. Информировать Потребителя (Заказчика) о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

2.2.4. Информировать Потребителя (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

2.2.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказывать без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2.6. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический и противоэпидемический порядок на своей территории при оказании медицинских услуг и требовать того же от Потребителя.

2.2.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2.8. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Потребителя за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с требованиями, направленными на сохранение врачебной тайны.

2.2.9. По требованию Потребителя (Заказчика) предоставлять копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие 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 - без взимания дополнительной платы в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесение изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу Постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. № 1006».

2.3. Потребитель вправе:

2.3.1. Требовать от Исполнителя выполнения надлежащего качества предоставляемых платных медицинских услуг.

2.3.2. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими Потребителями.

2.3.3. Требовать от Исполнителя предоставления копий медицинских документов, выписок из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья (представляемого им лица) 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. Потребитель либо его законный представитель представляет запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте). При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них – в течение 30-ти дней с момента регистрации запроса (Приказ Минздрава от 31.07.2020г. № 789 «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них).

2.3.4. Дать полный либо частичный отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в письменной форме в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан.

2.3.5. Отказаться в одностороннем порядке от дальнейшего исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.4. Исполнитель вправе:

2.4.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

2.4.2. Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего договора. Изменять Прейскурант цен в одностороннем порядке и своевременно информировать об этом Потребителя (Заказчика) любым доступным способом (размещение прейскуранта на сайте медицинской организации, e-mail рассылка, sms-оповещение). Изменение Прейскуранта в одностороннем порядке применяется только к договорам, заключённым после даты такого изменения. Для действующих договоров стоимость услуг изменяется только по соглашению сторон.

2.4.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача либо отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с предварительным уведомлением Потребителя и назначением нового срока оказания услуг.

2.4.4. При изменении клинической ситуации с согласия Потребителя (Заказчика), вносить корректировку в план лечения и (или) сроки лечения.

2.4.5. В случае опоздания Потребителя (Заказчика) на прием более чем на 10 минут, перенести прием на другое время и дату, согласованные с Потребителем (Заказчиком), т.к. опоздание одного ущемляет права другого на своевременный и полноценный прием.

2.4.6. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях:

2.4.6.1. Когда оказание таких услуг не предусмотрено Прейскурантом Исполнителя, либо, когда исследование (услуга), включенное в Прейскурант, временно не производится.

2.4.6.2. При выявлении у Потребителя заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях.

2.4.6.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.4.6.4. Если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни.

2.4.6.5. При появлении Потребителя в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, либо совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала, нарушающих Правила внутреннего распорядка.

2.4.6.6. В случаях, если Потребитель хотя бы дважды безосновательно отказался от назначений специалистов (врачей) Исполнителя.

2.4.7. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о стоимости медицинских услуг до начала их оказания и подписания договора.

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, оплата осуществляется в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания или после их фактического оказания, но не позднее дня оказания услуги, наличными денежными средствами или безналичным расчетом в кассе медицинской организации в валюте Российской Федерации (рубли). Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг, (контрольно-кассовый чек, счет или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Если по истечении срока действия договора, Стороны продолжают выполнять его условия, договор считается возобновленным на тех же условиях на тот же срок. Количество пролонгаций не ограничено. При этом, каждая из Сторон вправе прекратить его действие, предупредив об этом другую сторону в порядке, установленном ст. 450.1 Гражданского кодекса РФ.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта об указанных услугах обеими сторонами (Приложение 3).

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

5.2. Все неурегулированные настоящим Договором отношения Сторон, регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

6.3.1. Отказа Потребителя (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

6.3.2. Невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома.

6.3.3. Отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения.

6.4. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Потребитель (Заказчик) не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

6.5. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Потребитель (Заказчик) был предупрежден до оказания медицинской услуги при подписании информированного добровольного согласия.

6.6. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

6.7. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя или утере его (например, аппарата для суточного мониторирования АД, ЭКГ) Потребитель (Заказчик) обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

6.8. Обращения/жалобы по результатам предоставленных медицинских услуг, качеству оказанных медицинских услуг и сервиса, могут быть переданы Потребителем (Заказчиком) непосредственно Исполнителю, направлены в адрес Исполнителя по почте России или направлены на адрес электронной почты Исполнителя dir@eucalyptusclinic.ru.

6.9. Рассмотрение требований Потребителя (Заказчика), о некачественно оказанной медицинской услуге и возврате денежных средств осуществляется в сроки, установленные Законом РФ «О защите прав потребителей» - 10 календарных дней, остальные обращения рассматриваются в течение 30 календарных дней с даты поступления обращения к Исполнителю.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение и расторжение договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего договора, являются его неотъемлемой частью.

7.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.4. В случае расторжения договора, неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему договору обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем (Заказчиком), возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

7.5. Исполнитель вправе в одностороннем порядке расторгнуть настоящий договор в следующих случаях: неоднократное опоздание Потребителя более чем на 10 минут или неявка на очередной прием, невыполнение рекомендаций лечащего врача, появление Потребителя в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, его грубое и агрессивное поведение.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны. В случае, если настоящий Договор заключается между «Исполнителем» и «Заказчиком» в пользу «Потребителя», то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Заказчика», третий у «Потребителя».

8.2. Настоящий договор хранится в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации – 5 лет.

8.3. Потребитель (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами договора и согласен с его условиями.

9. ПРИЛОЖЕНИЯ К НАСТОЯЩЕМУ ДОГОВОРУ

- Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (Приложение 1);

- Перечень медицинских услуг (Приложение 2);
- Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение 3);

10.РЕКВИЗИТЫ СТОРОН	
ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПОТРЕБИТЕЛЬ
ООО «ЭВКАЛИПТ»	ФИО:
Юр. адрес: 110120 г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Лефортово, пер. Солдатский, д.10, помещение 16/1 Факт. адрес: 110120 г. Москва, вн. тер. г. Муниципальный округ Лефортово, пер. Солдатский, д.10, помещение 16/1 ИНН / КПП: 9722095512/ 772201001 ОГРН 1257700143623 Банк Получателя: АО ТБанк г. Москва БИК: 044525974, кор/сч: 3010181045250000974 р/сч: 40702810810002024102 e-mail: admin@eucalyptusclinic.ru тел.: +7 (929) 601-03-03 Представитель Исполнителя: Администратор	Паспортные данные: Адрес регистрации:
_____/_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество)	_____/_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество) гражданина

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«__» г. _____ рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу:

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«__» г. _____ рождения, _____ зарегистрированный _____ по
адресу: _____

(дата рождения пациента при подписании законным представителем (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н1 (далее — виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «ЭВКАЛИПТ»

Медицинским работником ООО «ЭВКАЛИПТ» _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«__» _____ г.

Перечень медицинских услуг

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Кол-во предоставляемых услуг	Цена, руб
1.			
2.			
3.			
4.			
	Всего к оплате:		—

ИСПОЛНИТЕЛЬ ООО «ЭВКАЛИПТ» Представитель Исполнителя: Администратор _____/_____/_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество)	ПОТРЕБИТЕЛЬ _____/_____/_____ (подпись) (фамилия, имя, отчество) гражданина
--	--

Акт об оказании платных медицинских услуг

г. Москва _____ 20 ____ г.

ООО «ЭВКАЛИПТ», в лице Лисицкой Ольги Вячеславовны, действующего на основании Устава и

(Фамилия Имя Отчество, дата рождения)
(документ, удостоверяющий личность)
(адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) исполнитель может направлять ответы на письменные обращения)
(телефон)

именуемая(ый) в дальнейшем «Потребитель» («Заказчик»), с другой Стороны, составили, настоящий
Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № _____
от _____ 20 ____ г. Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Кол-во предоставляемых услуг	Цена, руб
1.			
2.			
3.			
	Всего к оплате:		—

2 Указанные в п. 1 настоящего Акта медицинские услуги согласно Договору, оказаны в полном
объеме с " ____ " _____ г. по " ____ " _____ г.

3 Замечаний к медицинским услугам, предоставленным Исполнителем, не имеется.

4 ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ ООО «ЭВКАЛИПТ» Представитель Исполнителя: Администратор _____/_____/_____/	ПОТРЕБИТЕЛЬ ФИО: _____/_____/_____/
---	--

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

(подпись) (фамилия, имя, отчество) гражданина