

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____, подтверждаю, что уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) 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 моего здоровья или здоровья представляемого мной лица.

Подпись: _____

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Нижний Новгород

« ____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью « _____ » (ИНН _____, ОГРН _____; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № _____ от _____, сроком действия – бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Нижегородской области: _____ г. Н. Новгород, ул. Малая Ямская, 78), в лице _____ (ФИО, должность), действующего на основании _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и Гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент»/«Представитель пациента», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Пациентом по настоящему договору является: (ФИО) _____, полных лет: _____.
- 1.2. Плательщиком (Заказчиком) по настоящему договору является (заполняется, если оплату производит лицо, не указанное в преамбуле договора): наименование /ФИО _____.
- 1.3. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинские услуги (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент/Представитель пациента обязуется принять их и оплатить в порядке и размере, установленных настоящим Договором. В случае оказания медицинских услуг в рамках ДМС, обязанность по оплате медицинских услуг исполняется страховой организацией Пациента. При этом стороны исходят из того, что достижение положительного результата или ожидаемого Пациентом/Представителем пациента результата предоставляемых услуг в силу их специфики и индивидуальных особенностей организма не всегда представляется возможным.
- 1.4. Перечень и стоимость медицинских услуг определяется действующим Прейскурантом цен Исполнителя на момент оказания услуг. Наименование (вид) и стоимость оказанных медицинских услуг отражается в подписываемом сторонами дополнительном соглашении к настоящему договору, а в случае его отсутствия - в акте оказанных услуг. Объем рекомендуемых по настоящему договору услуг отражается в медицинской карте Пациента, с учетом пункта 3.4.1. договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору по адресу места осуществления деятельности медицинского центра Исполнителя в дни и часы работы Исполнителя в порядке предварительной записи Пациента на прием. Медицинские услуги по настоящему договору могут быть оказаны на дому при вызове медицинского работника. Выезд медицинского работника на дом осуществляется при наличии соответствующей услуги в действующем Прейскуранте цен Исполнителя по предварительной записи. Запись Пациента осуществляется по телефону Исполнителя, при личном посещении либо путем заполнения формы на сайте Исполнителя.
- 2.2. Очередность приема пациентов определяется предварительной записью, за исключением сложных клинических случаев и случаев оказания экстренной неотложной медицинской помощи. В таких случаях время приема может быть перенесено Исполнителем на более поздний срок.
- 2.3. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.4. Подписанием настоящего договора Пациент/Представитель пациента подтверждает, что до заключения договора Исполнитель:

- ознакомил его с перечнем медицинских услуг, отраженным в выписке из реестра лицензий на медицинскую деятельность Исполнителя, размещенной на информационном стенде/в информационных брошюрах Исполнителя, Прейскурантом цен Исполнителя, в связи с чем Пациент/Представитель пациента понимает содержащуюся в них информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования;
- проинформировал его о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- ознакомил его с Правилами оказания медицинских услуг Исполнителя.

2.5. Подписанием настоящего договора Пациент/Представитель пациента подтверждает, что Исполнитель довел до него следующую информацию:

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
- о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя (при наличии у Исполнителя такого сайта) ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах Исполнителя;
- о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, их графике работы; о конкретном медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- образцы договоров;

- 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 медицинских организациях.

- о том, что Пациент/Представитель пациента может обратиться с обращением (заявлением, жалобой) к Исполнителю в письменном виде по юридическому адресу, указанному в разделе 8 договора. Порядок подачи обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации доведен до Пациента/Представителя пациента путем размещения указанной информации на информационном стенде к медицинской клинике Исполнителя.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Пациент/ Представитель пациента обязуется:

3.1.1. Оплатить медицинские услуги в установленном порядке и размере. В случае, если плательщиком (заказчиком) выступает третье лицо, то оплату в установленные договором сроки производит плательщик, а при его отсутствии или при отказе от оплаты – оплачивает Пациент/Представитель пациента так же в установленные договором сроки.

3.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии известных заболеваний, аллергических реакциях, перенесенных операциях, полученных травмах, процедурах переливания крови, противопоказаниях к применению каких-либо лекарств или процедур, о ранее проводимом лечении и о ходе его протекания, о наличии в организме инородных тел, включая, но не ограничиваясь: кардиостимуляторов, сердечных клапанов, протезов, имплантатов, штифтов, осколков, стержней и пр., а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение заболевания Пациента. Заполнить анкету о состоянии здоровья. Обо всех изменениях в состоянии здоровья Пациента после заполнения указанной анкеты Пациент/Представитель пациента обязан сообщить лечащему врачу до момента назначения лечения.

3.1.3. Соблюдать указания /рекомендации Исполнителя при прохождении курса лечения в рамках оказываемых медицинских услуг. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях в самочувствии.

3.1.4. В случае невозможности явки на прием к лечащему врачу предупредить об этом сотрудников регистратуры медицинского центра не менее чем за сутки.

3.1.5. По требованию специалистов Исполнителя удостоверить личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с планом лечения, врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, наличия или отсутствия претензий к качеству оказанных услуг.

3.1.6. Соблюдать Правила внутреннего распорядка и Правила Оказания медицинских услуг в медицинской клинике Исполнителя, лечебно-охранительного режима, техники безопасности, пожарной безопасности. Не проводить фото- и видеосъемку, диктофонную запись в помещениях Исполнителя, в том числе в кабинетах врачей, процедурных кабинетах. Соблюдать режим назначенного лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

3.2. Пациент/Представитель пациента имеет право:

3.2.1. Получать от Исполнителя для ознакомления любые сведения о состоянии здоровья Пациента, получить на указанный в договоре адрес электронной почты выписку из медицинской документации при наличии заявления, поданного в соответствии с пунктом 3.3.3 договора.

3.2.2. Выбирать по своему усмотрению план лечения, если врачом определено несколько вариантов плана лечения;

3.2.3. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме;

3.3. Исполнитель обязуется:

3.3.1. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения РФ; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения РФ, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения РФ. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Предоставить Пациенту/Представителю пациента по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии здоровья Пациента, курсе его лечения, ожидаемых результатах лечения, наличии показаний и противопоказаний.

3.3.3. По результатам оказания платных медицинских услуг по требованию Пациента/Представителя пациента выдать медицинские документы (копии медицинских документов (кроме медицинской карты), выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Для получения медицинских документов Пациент должен в письменном виде (при личном обращении или почтой России) обратиться к Исполнителю с заявлением о выдаче медицинских документов, указав при этом свои ФИО, паспортные данные, адрес, почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии), наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья Пациента, которые Пациент либо его представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить, сведения о способе получения Пациентом (его представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них. Срок выдачи таких документов составляет до 30 календарных дней. Стороны договорились о том, что по соответствующему заявлению Пациента возможно получения копий медицинских документов и выписок из них путем их направления Исполнителем в виде скан-образов на адрес электронной почты Пациента/Представителя пациента. Повторная выдача медицинских документов (выписок из них) осуществляется за плату по ценам, указанным в Прейскуранте на момент выдачи таких документов.

3.3.4. Исполнитель обязуется хранить врачебную тайну Пациента с учетом требований действующего законодательства РФ.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, а по заявлению Пациента/Представителя пациента либо в соответствии с дополнительным соглашением сторон - в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств. В случае, если при предоставлении

платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, стандартом медицинской помощи. Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента/Представителя Пациента. Стоимость таких услуг определяется на основании действующего на момент оказания услуг Прейскуранта. В этом случае дополнительные услуги оказываются либо по заявлению Пациента/Представителя пациента либо по дополнительному соглашению сторон. Исполнитель так же имеет право в одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

3.4.2. Требовать от Пациента/Представителя пациента соблюдения плана лечения, режима приема лекарственных препаратов, мазей, лекарственных трав, соблюдения Правил оказания медицинских услуг Исполнителя.

3.4.3. В целях идентификации Пациента/Представителя пациента требовать предъявление документа, удостоверяющего личность, полиса ДМС, гарантийного письма (если оплата за услуги предполагается в рамках договора ДМС).

3.4.4. Исполнитель вправе в случае опоздания Пациента/Представителя пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут отказать в приеме/ в предоставлении медицинской услуги либо предложить Пациенту/Представителю пациента иную дату и время приема, а также осуществлять приём следующих по записи пациентов. В этом случае прием Пациента может быть произведен в этот день только при наличии у Исполнителя такой возможности и в то время, которое сможет выделить для этого специалист Исполнителя. В случае вызова врача на дом Исполнитель вправе отказать от оказания услуг и потребовать оплаты ложного вызова ввиду отсутствия Пациента/Представителя пациента в назначенное время более 10 минут.

3.4.5. Перенести время приема Пациента на более поздний срок по независящим от Исполнителя причинам, связанным с оказанием медицинской помощи в экстренной и/или неотложной форме.

3.4.6. Осуществлять видеонаблюдение в медицинском центре, производить запись телефонных разговоров, осуществляемых через телефонные аппараты, установленные в медицинском центре;

3.4.7. Исполнитель имеет право отказать Пациенту/Представителю пациента в приеме или в оказании медицинских услуг и не несет за это ответственность в следующих случаях: нахождения Пациента/Представителя пациента в состоянии алкогольного/наркотического опьянения; Пациент/Представитель пациента имеет задолженность перед медицинским центром за ранее оказанные услуги; Пациент/Представитель пациента настаивает на проведении процедур или проведения иного вида медицинского вмешательства, которые, по мнению лечащего врача, негативно скажутся на состоянии здоровья Пациента; Пациент/Представитель пациента отказывается от подписания информированных добровольных согласий и других документов, предусмотренных действующим законодательством РФ; Пациент/Представитель пациента нарушает рекомендации и назначения лечащего врача Исполнителя, режим лечения, в том числе не производит надлежащую подготовку к оказанию услуг (если надлежащее оказание услуг обусловлено необходимостью специальной подготовки Пациента), отказывается от необходимых обследований, если такие случаи препятствуют дальнейшему оказанию услуг или оказание услуг может нанести вред Пациенту; Пациент/Представитель пациента грубо нарушает Правила оказания медицинских услуг Исполнителя, что создает угрозу причинения вреда другим Пациентам, сотрудникам Исполнителя и/или самому Пациенту/Представителю пациента; опоздания Пациента/Представителя пациента в назначенное время на прием к врачу более чем на 10 минут.

3.4.8. В одностороннем порядке изменять Правила оказания медицинских услуг Исполнителя, предварительно публично проинформировав об изменениях Пациента/Представителя пациента через информационные стенды, размещенные по адресу местонахождения Исполнителя, на сайте Исполнителя. Правила оказания медицинских услуг Исполнителя не являются договором или его частью и устанавливаются Исполнителем, как владельцем помещения (места оказания услуг), в качестве правил общения и обращения медицинского персонала между собой и с пациентами для обеспечения порядка и безопасности в помещениях Исполнителя.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ И СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Стоимость услуг определяется действующим Прейскурантом цен Исполнителя на момент оказания услуг. Исполнитель вправе изменить стоимость медицинских услуг в период действия настоящего договора, новый Прейскурант доводится до сведения Пациента/Представителя пациента посредством размещения Прейскуранта на информационных стендах/брошюрах в помещении медицинских центров Исполнителя/на сайте Исполнителя.

4.2. Оплата услуг осуществляется путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя по факту оказания медицинских услуг (в день оказания медицинской услуги)/ по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. По согласованию Сторон может быть произведена полная или частичная предоплата, в этом случае Стороны подписывают дополнительное соглашение к договору, содержащее перечень услуг, их стоимость и размер внесенной предоплаты. Оплата за услуги по проведению лабораторных исследований осуществляется по 100% предоплате.

4.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с графиком работы Исполнителя и специалистов Исполнителя. Как правило, срок оказания услуги определяется датой и временем обращения Пациента/Представителя пациента к Исполнителю и может быть изменен по соглашению сторон. Сроки предоставления услуг, длительность лечения могут также конкретизироваться по соглашению с Пациентом/Представителем пациента исходя из времени, необходимого для оказания услуги, общего соматического статуса Пациента, остроты клинической ситуации и иных условий.

4.4. Пациент/Представитель пациента оплачивает стоимость услуг, не входящих в предусмотренную программу ДМС, самостоятельно, в случае оказания услуг по программам ДМС. Если оплата услуг, оказанных Пациенту по программе ДМС, не будет оплачена страховой компанией Исполнителю в течение 2 (двух) месяцев с момента оказания таких услуг, Пациент/Представитель пациента обязан осуществить оплату самостоятельно не позднее 10 (десяти) рабочих дней с момента предъявления ему соответствующего требования Исполнителем.

4.5. Акции и скидки на медицинские услуги, проводимые Исполнителем, не распространяются на медицинские услуги, предоставляемые и оплачиваемые в рамках программ ДМС, если иное не предусмотрено положением Исполнителя о проведении конкретной акции, введении скидки.

4.6. В случае участия Пациента/Представителя пациента в акции, предоставляющей скидку на комплекс медицинских услуг, стоимость таких услуг действительна только при оказании всего комплекса медицинских услуг по условиям акции. В случае одностороннего расторжения договора и требования Пациента/Представителя пациента о возврате стоимости не оказанных услуг в рамках действующей акции, возврату подлежит стоимость не оказанных услуг по ценам с учетом акции за вычетом стоимости фактически оказанных медицинских услуг, рассчитанной по действующему на момент оказания таких услуг Прейскуранту.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ, ОБРАБОТКА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1. Сведения, полученные Сторонами при заключении и исполнении настоящего договора, являются конфиденциальными. Сведения о факте обращения Пациента за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения,

полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну, которая охраняется действующим законодательством РФ. Предоставление данных сведений третьим лицам возможно только в прямо предусмотренных законом случаях. Срок хранения сведений, составляющих врачебную тайну, определяется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Подписывая настоящий договор, Пациент/Представитель пациента, действуя свободно, своей волей и в своем интересе/интересе Пациента предоставляет согласие на обработку персональных данных Пациента, полученных при заключении и исполнении настоящего договора, как то: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Обработка персональных данных осуществляется в целях оказания Пациенту медицинских услуг (медицинской помощи).

5.3. В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи (медицинских услуг) Пациент/Представитель пациента, действуя свободно, своей волей и в своем интересе/интересе Пациента предоставляет согласие на передачу персональных данных, сведений, составляющих врачебную тайну, данных о состоянии здоровья другим должностным лицам и медицинским работникам медицинских клиник, использующих в своем наименовании обозначение «Тонус» и имеющие в составе единоличного исполнительного органа и/или учредителей то же лицо, что и у Исполнителя по настоящему договору), в том числе включая, но не ограничиваясь: фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, вес, рост, диагноз, результаты обследований, лабораторных анализов, анамнезов, эпикризов и другая информация, составляющая врачебную тайну. При этом Пациент/Представитель пациента вправе в любое время отозвать указанное согласие в письменном виде.

5.4. Пациент/Представитель пациента, ставя свою подпись в настоящем договоре, выражает свое согласие и разрешает Исполнителю предоставлять сведения, составляющие врачебную тайну, персональные данные Пациента: в адрес страховой организации, осуществляющей оплату стоимости оказанных Пациенту медицинских услуг по программам ДМС в течение срока действия страхового полиса; лицу, осуществляющему оплату оказанных Пациенту медицинских услуг, в пределах срока действия такого договора в целях подтверждения оказания медицинских услуг Пациенту.

5.5. Уведомления

Согласен Не согласен (нужное отметить значком в квадрате)
на получение от ООО «_____» смс-сообщений/e-mail сообщений/мгновенных сообщений в мессенджерах, содержащих информацию о медицинских услугах, скидках и специальных предложениях, рекламных акциях, проводимых в сети медицинских клиник «Тонус». В случае предоставления мною согласия на получение сообщений, я свободно, своей волей и в своем интересе /интересе Пациента даю выражаю свое согласие на обработку (моих персональных данных (Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения, паспортные и контактные данные) в указанных выше целях. Согласие предоставляется мной бессрочно. Я уведомлен(а), что я вправе в любое время отозвать свое согласие путем подачи письменного заявления Исполнителю.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Исполнитель несет ответственность за качество оказанных услуг, достаточных и адекватных состоянию Пациента на момент обращения. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства/лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований и условий договора.

6.2. Исполнитель не несет ответственность в случаях, прямо установленных действующим законодательством РФ, а так же в следующих случаях:

возникновения осложнений по вине Пациента/Представителя пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья и т.п.); возникновения аллергии или непереносимости препаратов и иных материалов, разрешенных к применению, если Пациент/Представитель пациента не предоставил информацию о наличии аллергии и непереносимости препаратов; прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента/Представителя пациента; если Пациент/Представитель пациента не предоставил достоверную информацию об общем состоянии своего здоровья; прерывания плана лечения по инициативе Пациента/Представителя пациента, в том числе и при несвоевременных явках Пациента на осмотры, процедуры, лабораторные исследования или при проведении части лечения или обследований в другой медицинской организации.

6.3. Пациент/Представитель пациента несет ответственность за достоверность предоставляемой информации, четкое выполнение рекомендации врача. При возникновении медицинских осложнений по вине Пациента/Представителя пациента из-за несоблюдения медицинских рекомендаций и в случаях, указанных в п.6.2 настоящего договора, Исполнитель не несет какой-либо финансовой ответственности.

6.4. В случае нарушения срока оплаты медицинских услуг, в отношении которых не установлена предоплата в соответствии с п.4.2. договора, Пациент/Представитель пациента уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,1% от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЯ / ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в пределах сроков действия настоящего договора. Настоящий договор действует в течении одного года с момента его заключения и автоматически продлевается еще на один год, если ни одна из Сторон не заявит о своем намерении прекратить его не позднее, чем за 10 календарных дней до истечения срока действия договора. Допустимое количество пролонгаций: не более двух.

7.2. Подписывая настоящий договор, Пациент/Представитель пациент выражает свое согласие с вышеизложенными условиями договора, подтверждает, что положения всех пунктов настоящего договора ему понятны.

7.3. Настоящий договор может быть изменён, либо досрочно прекращён по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде соответствующего соглашения.

7.4. Настоящий договор может быть досрочно прекращён в одностороннем внесудебном порядке (по инициативе одной из сторон, а по инициативе Исполнителя - при отсутствии возможности оказать медицинские услуги Пациенту, в том числе и по вине самого Пациента) при письменном уведомлении другой стороны об этом намерении за 10 дней.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО « _____ »

ИНН/КПП _____

ОГРН _____

Р/сч _____

БИК _____

К/сч _____

Юрид. адрес: _____

Фактич. адрес: _____

ОКПО _____

Тел.: _____

адрес эл. почты: info@tonus.nnov.ru

ПАЦИЕНТ:

ФИО: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____ фактический

адрес: _____

Телефон: _____ ,

Адрес электронной почты (e-mail) _____ / _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА:

ФИО _____

паспорт серии _____ № _____, выдан

« _____ » _____, адрес регистрации: _____

основания _____

телефон, эл.почта _____ / _____

ЗАКАЗЧИК:

ФИО (наименование) : _____

документ, удостоверяющий личность: _____

Зарегистрированный (ая) по адресу: _____

Телефон: _____ ,

Адрес электронной почты (e-mail) _____

ОГРН/ИНН _____