

Договор составлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023г. № 736 и Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

До заключения договора, я _____ уведомлен о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинском учреждении. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителем (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. До заключения договора, я ознакомлен с Прейскурантом цен на платные услуги от 23.09.2023 года ГОБУЗ Солецкая ЦРБ, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте ГОБУЗ Солецкая ЦРБ, информационном стенде расположенного возле касс ГОБУЗ Солецкая ЦРБ.

Я также проинформирован, что ГОБУЗ Солецкая ЦРБ участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

(подпись)

(расшифровка подписи)

«___» _____ 202__ г

Договор об оказании платных медицинских услуг № _____ с ГОБУЗ Солецкая ЦРБ

г. Сольцы

«__» _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Солецкая центральная районная больница (далее – ГОБУЗ Солецкая ЦРБ), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-53-01-001258, выданной 03 июля 2018 года Министерством здравоохранения Новгородской области (173003, Великий Новгород, ул. Кооперативная 5, электронная почта medik@novreg.ru, телефон по вопросам оказания медицинской помощи 8-921-729-97-06), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Жутовской Александры Владимировны, действующего на основании Устава и приказа министерства здравоохранения Новгородской области от 12.09.2022 года за № 402-л/с, с одной стороны (информация о медицинской деятельности находится на информационном стенде или web-site: <https://crbsoltsy.ru/>) и

(ф.и.о./наименование Заказчика)

Паспорт серия № _____ Выдан «___» _____ 20__ года, _____
зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу _____

Потребителя (Пациента)

Паспорт серия № _____ Выдан «___» _____ года, _____
зарегистрирован _____

Телефон: +7 (9 _____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю специализированные медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю Лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются Сторонами на основании ст.429.1 Гражданского Кодекса РФ.

Наименование и стоимость оказываемых медицинских услуг, определены в таблице:

№ №	Наименование услуги/код по номенклатуре	Цена (руб.)	Количество услуг	Всего (руб.)
1				
2				
3				
4				
ИТОГО:				
Сумма прописью:				

1.2 Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий Договор Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3 Исполнитель оказывает услуги по адресу: 1705040, Новгородская область, город Сольцы, площадь Победы дом 5 или 175040, Новгородская область, город Сольцы, улица Новгородская, дом 38 (необходимо подчеркнуть адрес в соответствии с оказываемой услугой).

1.4 Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя email: <https://crbsoltsy.ru/>.

1.5 Услуги предоставляются Исполнителем при наличии подписанного Потребителем информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (приложение № 1 к настоящему договору).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1 Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг.

2.1.2. В случае возникновения препятствия для выполнения условий настоящего Договора Исполнитель обязан извещать об этом Потребителя.

2.1.3 Вести медицинскую документацию и выдать Потребителю медицинские документы установленного образца (Приложение №1 к Договору).

2.1.4 Вести учет вида, объема и качества оказания медицинской помощи, а также средств, полученных от Потребителя.

2.1.5 Предоставить в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платных в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области, адрес: 173015, г. Великий Новгород, ул. Октябрьская, д.12, корп. 1. +7 (8162) 770 770. Адрес электронной почты - pofoms@tfomsvn.ru).

2.1.6. В одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства. Если нет угрозы для жизни.

2.1.7 Требовать от Потребителя предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.8 Исполнитель гарантирует право Потребителя на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской услугой, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну и обеспечивает ее конфиденциальность.

2.1.9 Ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.10 Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.11 В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

2.1.12 Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

2.1.13 Требовать оплаты оказанных услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1 Отказаться в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя.

2.2.2 Отказаться в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, а также при риске нанесения вреда здоровью Потребителю.

2.2.3 Отказаться в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя.

2.3 Потребитель обязан:

2.3.1 Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем Договоре.

2.3.2 Выполнять, все назначения лечащего врача и медицинского персонала, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.3 Подписывать своевременно Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2 к Договору).

2.3.4 Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

2.3.5 Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.3.6 Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг с последующим предоставлением подтверждающих документов.

2.3.7 Явиться в ГОБУЗ Солецкая ЦРБ за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу или на исследование.

2.4 Потребитель имеет право:

2.4.1 На охрану здоровья и медицинскую помощь.

2.4.2 На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.4.3 Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.4 Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.4.5 Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.4.6 На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

2.4.7 Получить документы для социального вычета.

2.4.8 На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.9 Получить в доступной форме информацию о платных услугах, содержащую информацию о порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.4.10 На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев, предусмотренных законодательными актами.

2.4.11 Получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу.

2.4.12 Получить льготу в размере 3 %. Льгота предоставляется гражданам:

- инвалиды I, II, III группы; - ветераны Великой Отечественной Войны, «Дети войны».

2.4.13 Получить медицинскую документацию (результаты анализов и т.д.) на электронную почту (только при заполнении согласия).

2.4.14 Потребитель имеет и другие права, предусмотренные действующим законодательством.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

3.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание Потребителя получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

3.4. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя и получает его письменное информированное добровольное согласие, Стороны договорились, что такое согласие является также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, и является выражением добровольного информированного согласия пациента на предложенное медицинское вмешательство, составляет предварительный план лечения, после этого проводится комплекс диагностических, лечебных мероприятий в соответствии с диагнозом и предварительным планом лечения.

3.5. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Потребителя к Исполнителю.

3.6. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя.

3.7. Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

4. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

4.1 При подписании настоящего Договора Потребитель оплачивает медицинские услуги

4.2 Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция об оплате медицинских услуг по установленной форме, Договор включая его приложения, рецептурный бланк с поставленным штампом (для налоговых органов Российской Федерации идентификационный номер налогоплательщика, заверенный подписью и личной печатью врача, печать медицинского учреждения)).

4.2 Окончательный расчет с Исполнителем осуществляется Потребителем путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре.

4.3 Уплата Потребителем окончательной цены Договора осуществляется путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре в течение 5 рабочих дней с момента предъявления Потребителем счета за оказанную медицинскую услугу.

4.4 Объем услуги может быть изменен в процессе оказания медицинской услуги, если этого потребуют интересы Потребителя, по его письменному разрешению.

4.5 Срок начала оказания услуг _____

4.6 Срок окончания оказания услуг _____

4.7 Вид оплаты: наличный/безналичный (подчеркнуть).

4.8 Подписываемый Сторонами Акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 2 к Договору) является подтверждением оказания медицинских услуг Исполнителем Потребителю.

4.9 К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.2 При разглашении одной из Сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная Сторона несет ответственность и обязана возместить другой Стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

5.3 Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случаях:

- сообщения Потребителем Исполнителю неполных и/или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения (об истории жизни и заболевания, других перенесенных заболеваниях, наследственных болезнях, аллергических и иных реакциях и пр.);

- невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;

- несоблюдения Потребителем, рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркомания, других токсических средств или лекарств, которые не назначались;

- несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных услуг, споры могут быть разрешены на врачебной комиссии Исполнителя.

Все претензии оформляются в письменном виде. Срок рассмотрения претензии - 10 дней. При не достижении согласия Сторон в досудебном порядке или пропуская до судебного решения споров, споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Потребитель может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно телекоммуникационной сети "Интернет", в том числе официального сайта органа государственного надзора, иных уполномоченных федеральных органов исполнительной власти, а также может быть принято при личном приеме заявителя.

Роспотребнадзор по Новгородской области Адрес: 173003 ул. Германа, 14, Привокзальный район, Великий Новгород

Телефон: +7 8 (800) 555-49-43 Сайт: 53.rospotrebnadzor.ru

7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающая 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 выдается Потребителю (законному представителю Потребителя) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Договор вступает в силу с момента его подписания уполномоченными представителями обеих Сторон.

Договор храниться в порядке, определенном законодательством Российской Федерации об архивном деле в Российской Федерации.

8.2 Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь при условии, если они совершены по согласованию Сторон в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями Сторон.

8.3 Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из Сторон находится по одному экземпляру настоящего Договора.

8.4 Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, по решению суда и в иных случаях предусмотренных действующим законодательством РФ.

9. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

9.1 Приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

9.2 Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

9.2.1 Информированное добровольное согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору);

9.2.2 Акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 2 к Договору).

10. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

Исполнитель:

Потребитель:

ГБУЗ Солецкая ЦРБ
Адрес:
ГБУЗ Солецкая ЦРБ
ИНН 5315000613
КПП 531501001
Банковские реквизиты:
Получатель: Министерство финансов
Новгородской области (ГБУЗ Солецкая ЦРБ,
л/с20506Ц16270)
р/с 03224643490000005000
наименование банка: ОТДЕЛЕНИЕ
НОВГОРОД БАНКА РОССИИ//УФК ПО
НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ г. Великий
Новгород
БИК 014959900
Кор.счет (ЕКС) 40102610145370000042
Тел. 6(61655)3-14-56
Факс.6(61655)3-16-74
Эл. адрес: socrb@yandex.ru

(Ф.И.О. Потребителя)
Документ _____ серия _____
номер _____
Выдан _____

Телефон _____
Адрес _____

Главный врач

А.В. Жутовская

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____,
контактный телефон: _____,

дата рождения: _____, зарегистрированный(ая) по адресу: _____

обратившись в ГБОУЗ Солецкая ЦРБ (адрес: 175040, Новгородская область, город Солецы, улица Новгородская, дом 38) за медицинской помощью на платной основе даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации (поставить галочку):

○ для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-перечень);

○ для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь.

Работник _____

(должность, Ф.И.О. работника)

в доступной для меня форме разъяснил 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» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Я проинформирован(а) о возможности получения аналогичной медицинской помощи (соответствующих видов и объемов медицинской помощи) в других лечебных учреждениях бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления платных медицинских услуг, а также с порядком оплаты медицинских услуг в соответствии с договором.

Я не имею и не буду иметь претензий по компенсации затраченных мною финансовых средств на оплату медицинских услуг в ГБОУЗ «Сахалинская областная клиническая больница».

Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение назначений или рекомендаций исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), в том числе несоблюдение назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемых медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок, привести к увеличению продолжительности лечения и невозможности достижения желаемого результата, а также может привести к негативным последствиям и отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья (на состоянии здоровья лица, интересы которого я представляю).

Я согласен(на) со всеми условиями и порядками предоставления платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) и согласен(на) со всеми пунктами данного информированного добровольного согласия, положения которого мне разъяснены, мною прочитаны и мне абсолютно понятны.

Я изъявляю желание заключить с ГБОУЗ Солецкая ЦРБ Договор на оказание платных медицинских услуг и прошу оказывать мне (лицу, интересы которого я представляю) медицинскую помощь (медицинские услуги) на платной основе.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 частью 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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. потребителя, контактный телефон)

(подпись)

(Ф.И.О. работника)

«___» _____ 202__ г.
(дата оформления)

Акт
об оказании платных медицинских услуг

г. Солицы

" ____ " _____ 202__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Солецкая центральная районная больница (далее – ГБУЗ Солецкая ЦРБ), действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-53-01-001258, выданной 03 июля 2018 года Министерством здравоохранения Новгородской области (173003, Великий Новгород, ул. Кооперативная 5, электронная почта medik@novreg.ru, телефон по вопросам оказания медицинской помощи 8-921-729-97-06), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Жутовской Александры Владимировны, действующего на основании Устава и приказа министерства здравоохранения Новгородской области от 12.09.2022 года за № 402-л/с, с одной стороны (информация о медицинской деятельности находится на информационном стенде или web-site: <https://crbsoltsy.ru/>) и

(ф.и.о./наименование Заказчика/потребителя)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», принял настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ от " ____ " _____ 202__ г. ГБУЗ Солецкая ЦРБ (далее - Договор), Исполнителем оказаны медицинские услуги, включающие:

№ №	Наименование услуги	Цена (руб.)	Количество услуг	Всего (руб.)
1				
2				
3				
	ИТОГО:			

Сумма прописью: _____

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:
Главный врач ГБУЗ Солецкая ЦРБ

Потребитель:

А.В. Жутовская

_____/_____