

ДОГОВОР № _____
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Санкт-Петербург

« ___ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Реавита Мед СПб», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Поповой Вероники Борисовны, действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 17.04.2018 № ЛО-78-01-008759, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, с одной стороны, и, граждан(-ин,-ка) _____

(Ф.И.О. пациента (заказчика) полностью)

именуемый(-ая) в дальнейшем «**Пациент**» в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору, или «**Заказчик**», в случае заключения договора в интересах третьего лица («**Пациента**» _____),

(Ф.И.О. пациента полностью)

с другой стороны, именуемые вместе в дальнейшем «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик (Пациент) поручает, а **Исполнитель** обязуется оказать **Заказчику (Пациенту)** по его желанию и сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Санкт-Петербурге платные медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, регламентированных действующей лицензией и заявленных в прејскуранте на медицинские услуги ООО «Медицинский центр «Реавита Мед СПб». Виды, сроки и объем оказываемых медицинских услуг согласовывается сторонами и отражается в амбулаторной карте «**Пациента**».

1.2. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1.3. Медицинская карта амбулаторного больного и иная медицинская документация, оформляющая оказание медицинских услуг по настоящему договору, является неотъемлемым приложением к настоящему договору в части определения объема оказываемых услуг, целей и сроков их оказания.

1.4. Оказание медицинских услуг по отдельным комплексным программам **Исполнителя** отражается в дополнительном соглашении к настоящему договору, являющимся после его подписания обеими **Сторонами** неотъемлемым приложением к настоящему договору.

1.5. Исполнитель оказывает медицинские услуги в помещениях **Исполнителя** по следующему адресу в Санкт-Петербурге: переулок Учебный, дом 2, литер А, пом. 13Н, в часы работы, устанавливаемые **Исполнителем**.

1.6. Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего Договора, оказываются **Пациенту** в амбулаторно-поликлинических условиях по предварительной записи посредством телефонной записи (по телефону 8 (812) 590-64-14) или при личном обращении через регистратуру, а также во время предыдущего врачебного приема.

1.7. Медицинские услуги, составляющие предмет настоящего Договора, оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках курса лечения как перечня определенных диагностических и лечебных мероприятий, осуществляемых последовательно в течение срока, определяемого **Исполнителем** и обусловленного целями медицинских услуг.

1.8. Длительность проведения лабораторного обследования, диагностических манипуляций определяется нормативами, утвержденными инструктивными материалами.

1.9. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии от 17.04.2018 № ЛО-78-01-008759, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, 191011, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д. 1, тел. 8 (812) 595-89-79, с правом осуществления следующего перечня работ (услуг):

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; организации сестринского дела; сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; клинической фармакологии; колопроктологии; косметологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; нефрологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; пульмонологии; рефлексотерапии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии; кардиологии; пульмонологии.

1.10. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых **Исполнителем**, содержатся в действующем на момент заключения настоящего договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до **Пациента (Заказчика)**. В момент подписания настоящего Договора **Пациент (Заказчик)** ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, и знает, 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, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования

подпись / расшифровка подписи

1.11. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **Пациента** _____.

подпись / расшифровка подписи

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.1.3. Предупредить **Пациента (Заказчика)**, в случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни **Пациента**, самостоятельно без получения согласия **Пациента и/или Заказчика** изменять планы, методы лечения и профилактики медицинского обслуживания **Пациента**, определять длительность лечения, объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья **Пациента**.

2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.1.5. Своевременно и качественно оказывать **Пациенту** медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять **Пациенту (Заказчику)** достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

2.1.6. Обеспечить **Пациента (Заказчика)** в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о юридическом статусе **Исполнителя**, месте оказания услуг, режиме работы **Исполнителя**, правилах поведения в помещениях **Исполнителя**, контактных телефонах, специалистах **Исполнителя**, непосредственно осуществляющих медицинское воздействие, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, которая является открытой информацией и размещается в помещении **Исполнителя** в месте, доступном для любого посетителя, об условиях предоставления этих услуг.

2.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить **Пациенту (Заказчику)** непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов, а так же листы временной нетрудоспособности, справки, выписные эпикризы и прочее.

2.1.8. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся факта обращения, самочувствия и здоровья **Пациента** (врачебную тайну).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе **Пациента (Заказчика)** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день оказания услуг, в случае обнаружения у **Пациента** противопоказаний; по причине задержки лечащего врача при оказании услуг другим пациентам; болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения **Исполнителя**, иных существенных причин.

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля.

2.2.4. Требовать от **Пациента (Заказчика)** предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

2.2.5. Требовать от **Пациента (Заказчика)** бережного отношения к имуществу **Исполнителя** и соблюдения им Правил внутреннего распорядка **Исполнителя**.

2.2.6. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью **Пациента**.

2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у **Пациента**.

2.2.8. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания **Пациента** более чем на 15 минут и занятости специалиста **Исполнителя**, непосредственно осуществляющего лечение, в том числе отменить назначенный прием;

2.2.9. Отказать **Пациенту** в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.

2.2.10. Отказать в оказании платных медицинских услуг:

- при отказе **Пациента (Заказчика)**, от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при наличии медицинских показаний для такого вмешательства и при фактическом отказе **Пациента (Заказчика)** от выполнения такого вмешательства, в том числе от подписания финансового плана лечения, либо от подписания согласия на обработку персональных данных при условии объективной способности **Пациента (Заказчика)** выразить свою волю и при отсутствии угрозы жизни **Пациента**;

- при нарушении **Пациентом** порядка получения услуг, а именно: при нарушении **Пациентом** плана лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе **Пациента** от необходимых обследований, не прохождение которых препятствует дальнейшему оказанию медицинских услуг;

- нахождения **Пациента** в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

В указанных случаях отказ **Исполнителя** от оказания медицинских услуг возможен при наличии указанного плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений в медицинской документации и доведении ее содержания до **Пациента** и не допускается при наличии у **Пациента** острого патологического состояния, угрожающего его жизни.

2.3. Пациент (Заказчик) обязуется:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные **Исполнителем** медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. При заключении договора и оформлении медицинской документации предъявлять документ, удостоверяющий личность, а в последующем своевременно информировать **Исполнителя** об изменении своих данных.

2.3.2. Своевременно являться на лечебные, контрольные и профилактические приемы в сроки, указанные лечащим врачом, а в случае невозможности явки на прием в согласованное время проинформировать об этом **Исполнителя** по тел. 8 (812) 590-64-14 не позднее, чем за 2 часа до предполагаемого приема.

2.3.3. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.3.4. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим работы Медицинского центра, требования и предписания медицинского персонала как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

2.3.5. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне Клиники **Исполнителя** (при их наличии), а также достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношения к анамнезу жизни, анамнезу заболевания, сообщить всю информацию и представить документы, характеризующие состояние **Пациента**, письменно сообщить о перенесенных заболеваниях и о наличии аллергических реакций и противопоказаний, а также другую информацию необходимую для осуществления качественного оказания услуг и предотвращения наступления вредных последствий для здоровья **Пациента**. **Исполнитель** освобождается от любой ответственности в случае непредоставления информации или предоставление неверной, ложной информации **Пациентом и/или Заказчиком**, связанной с оказанием медицинских услуг **Пациенту**, а также другой информации, влияющей на оказание услуг;

2.3.6. Бережно относиться к имуществу **Исполнителя**. В случае причинения ущерба вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием **Пациента и/или** лиц, его сопровождающих **Пациент (Заказчик)** обязуется в течение трех календарных дней возместить **Исполнителю** действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.4.1. На выбор врача-специалиста.

2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.3. На получение консультации врачей-специалистов.

2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах

Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства, а также полностью или частично отказаться от получения медицинских услуг в письменном виде, оплатив фактически оказанные услуги **Исполнителю**;

2.4.7. На возмещение вреда, причиненного здоровью **Пациента** при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.4.8. На информированное добровольное согласие, на медицинское вмешательство.

2.4.9. Возврат денежных средств за предварительно оплаченные, но не предоставленные или не полностью предоставленные медицинские услуги, на основании личного заявления **Пациента (Заказчика)**.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость оказываемой медицинской услуги определяется по действующему в учреждении прейскуранту, утвержденному Приказом **Исполнителя**, на момент оказания услуги, и определяется на основании плана диагностики и лечения, согласованного Сторонами, с учетом положений п.п. 1.1., 1.2. настоящего договора.

3.2. Оплата услуг осуществляется по факту оказания услуг.

3.3. Расчеты между **Сторонами** осуществляются в российских рублях путем внесения **Заказчиком** наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** с применением контрольно-кассовой машины или документа строгой отчетности или по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**. Стоимость услуг банка при переводе средств за платные медицинские услуги на счет **Исполнителя** через отделения банков оплачивается **Заказчиком** самостоятельно. Днем оплаты считается день внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** или поступления денежных средств на расчетный счет **Исполнителя**.

3.4. В случае невозможности исполнения **Исполнителем** обязательств по настоящему договору, возникшей по вине **Пациента и/или Заказчика**, в том числе при нарушении **Пациентом** медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

4.1 Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими **Сторонами** и действует в течение одного календарного года с момента вступления его в законную силу и может быть пролонгирован на тех же условиях на следующий календарный год в случае, если за тридцать дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из **Сторон** не известит в письменной форме другую **Сторону** о намерении не пролонгировать настоящий договор по истечении срока его действия.

4.2. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен по обоюдному согласию **Сторон**, оформленному в виде Соглашения и подписанному **Исполнителем** и **Заказчиком и/или Пациентом**.

В случае окончания или расторжения Договора расчеты производятся за фактически выполненные работы по состоянию на день расторжения Договора.

4.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из **Сторон** обязательств по настоящему Договору, а также в случае:

4.3.1. нарушения **Пациентом** условий настоящего договора, связанных с получением услуг, а именно: при нарушении **Пациентом** плана диагностики и лечения, режима осуществляемых процедур, нарушении диеты, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе **Пациента** от необходимых обследований, не прохождении которых препятствует дальнейшему оказанию услуг;

4.3.2. невозможности осуществления (продолжения) лечения, выявленной в ходе осмотра, по причине возникновения и (или) обнаружения у **Пациента** медицинских противопоказаний;

4.3.3. при невыполнении **Пациентом/Заказчиком** обязательств по оплате услуг, в том числе нарушении сроков оплаты;

4.3.4. невозможности исполнения **Исполнителем** обязательств по настоящему договору, возникшей по вине **Пациента**;

4.3.5. злоупотребления **Пациентом** алкогольными или наркотическими средствами (веществами). В этом случае односторонне расторжение договора по инициативе **Исполнителя** возможно при субъективной оценке соответствующего состояния **Пациента** специалистом **Исполнителя**;

4.3.6. нарушения **Пациентом и/или Заказчиком** иных принятых на себя обязательств по договору.

При этом возврат средств, внесенных **Заказчиком**, производится в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4 Договора.

Расторжение Договора не освобождает **Заказчика** от оплаты услуг по настоящему Договору, а также предусмотренных штрафов и неустойки. В противном случае **Исполнитель** вправе потребовать взыскания задолженности по договору, штрафа и неустойки в судебном порядке.

4.4. Настоящий договор может быть, досрочно расторгнут **Пациентом и/или Заказчиком** в одностороннем порядке при письменном уведомлении **Исполнителя** об этом намерении за 10 (десять) календарных дней до предполагаемой даты расторжения. При этом **Заказчик** оплачивает **Исполнителю** фактически понесенные затраты и оказанные услуги.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

5.2. Пациент (Заказчик) проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с фиксацией видео и аудио данных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.

5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью **Пациента** в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение **Пациентом (Заказчиком)** условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма **Пациента**, а также в случае, если **Пациент (Заказчик)** не проинформировал Центр о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, отказа **Пациента** от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; в случае выявления или возникновения в период лечения или по его окончании изменений состояния организма, которые не связаны с оказанием услуг по настоящему договору, а связано

непосредственно с действием медицинских препаратов на организм **Пациента**; в случае если **Пациент и/или Заказчик** настаивает на конкретном методе медицинского лечения и соглашается принять ответственность на себя, что подтверждает подписью; прекращения лечения по инициативе **Пациента и/или Заказчика**, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

Кроме того, **Исполнитель** освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением **Исполнителем** методик диагностики, профилактики и лечения.

5.5. За невыполнение обязанности по оплате услуг, возмещению расходов (издержек) **Исполнителя** **Заказчик/Пациент** уплачивает **Исполнителю** штраф в размере 1 % от суммы задолженности за каждый день просрочки. Применение к **Заказчику/Пациенту** штрафных санкций не освобождает **Заказчика и/или Пациента** от выполнения обязанностей, предусмотренных настоящим Договором.

5.6. При несовпадении в одном лице **Заказчика** как плательщика по настоящему договору и **Пациента** имущественную ответственность за неисполнение обязательств по оплате несет **Заказчик**.

5.7. Все споры и разногласия, возникшие между **Сторонами** по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между **Сторонами**, а в случае недостижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

6.1. Центр обязуется охранять информацию о факте обращения **Пациента (Заказчика)** за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6.2. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия **Пациента** допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации

6.3. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, **Пациент** дает свое согласие на обработку его персональных данных, которая осуществляется путем смешанной обработки включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре. В случае согласия получать информацию о результатах анализов, записи на прием, рекламных акциях и т.п. от **Исполнителя**, путем смс-оповещения по указанному в Договоре номеру телефона и (или) рассылки на предоставленную электронную почту _____@_____, **Заказчик** может сообщить об этом при личном посещении клиники. **Заказчик** подтверждает свое согласие на использование своих персональных данных в соответствии с требованиями Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», указывая при подписании Договора своего мобильного телефона и адреса электронной почты. _____

подпись / расшифровка подписи

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора **Исполнитель** вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из **Сторон**.

Приложения:

1. Приложение № 1 - Согласие Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство.
2. Приложение № 2 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором.

РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:	Заказчик:
Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Реавита Мед СПб», 194354, г. Санкт-Петербург, пер. Учебный, дом 2, литер А, пом. 13Н; ОГРН 1167847086186 ИНН 7802563459 КПП 780201001 Банковские реквизиты: р/с 40702810103000007542 в филиале «Северная столица» АО «Райффайзенбанк» ИНН 7744000302 БИК 044030723 КПП 783502001 к/с 30101810100000000723 – Северо-Западное ГУ Банка России г Санкт-Петербург	Адрес: _____ Идентификационные данные: _____ _____ _____ _____
Генеральный директор _____ В. Б. Попова М.П.	_____ _____ _____