

УВЕДОМЛЕНИЕ

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника «Атака» (ОГРН 1035002609180, зарегистрированное Межрайонной ИФНС России № 1 по Московской области в Жуковском 19.06.2003) уведомляет (Ф.И.О. Потребителя)

о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Потребитель обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации (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 Потребитель ознакомлен с прейскурантом клиники, положением о гарантийных сроках и сроках службы на услуги, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных на сайте клиники, информационном стенде в регистратуре клиники.

Потребитель проинформирован, что ООО «Стоматологическая поликлиника «Атака» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись Потребителя / _____ /

(расшифровка подписи)

« ____ » _____ 20__ г.

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг гражданам от 15 до 18 лет

г. Жуковский

« ____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Стоматологическая поликлиника «АТАКА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Соколова Александра Владимировича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности: Лицензия № ЛО-50-01-008418 от «09» февраля 2017 года, действующая бессрочно номенклатура работ и услуг: медицинская деятельность: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: ортодонтии, стоматологии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, экспертизе временной нетрудоспособности, выдана Министерством здравоохранения Московской области адрес 143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, д. 1, тел+7 (498) 602-03-01, ОГРН 1035002609180, зарегистрированное Межрайонной ИФНС России № 1 по Московской области в Жуковском 19.06.2003, с одной стороны, гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», и являющийся законным представителем Потребителя, не достигшего(ей) возраста 18 лет, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Потребителя, при наличии медицинских показаний, оказать ему платные стоматологические услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги по Прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего договора и в соответствии со ст. 779 ГК РФ.

1.2. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показаниями по стоматологическому лечению, планом лечения, желанием Потребителя и техническими возможностями Исполнителя.

1.3. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ООО «Стоматологическая поликлиника «Атака» в соответствии с ППРФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации и ФЗ от 07.02.1992 N 2300-1 (ред. от 05.12.2022) "О защите прав потребителей".

1.4. Местом оказания услуг по условиям настоящего договора является: Московская область, г. Жуковский, ул. Дугина, д. 28/12, пом.5.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

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

2.2. Лечащий врач, назначаемый по выбору Потребителя, в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после предварительного опроса и осмотра Потребителя, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, вместе с Потребителем составляет Предварительный план лечения, после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с Предварительным планом лечения.

2.3. Перечень и стоимость предоставляемых платных медицинских услуг, а также сроки их оказания указываются в Предварительном плане (планах) лечения, который является неотъемлемой частью договора. Потребитель дает письменное согласие на Предварительный план лечения. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить План лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя. Срок оказания услуг зависит от состояния здоровья Потребителя, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача. В случае неявки Потребителя на запланированный визит, срок

Подпись Потребителя / _____ /

(расшифровка подписи)

Подпись Заказчика / _____ /

(расшифровка подписи)

выполнения работ по настоящему договору автоматически продляется на число дней, прошедших до следующего визита.

2.4. Подписывая договор, Заказчик и Потребитель подтверждают, что ознакомились с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, положением о гарантиях, а также правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов в ООО «Стоматологическая поликлиника «Атака».

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать платные стоматологические услуги в объеме и в сроки, определяемые настоящим договором и медицинской документацией в соответствии с медицинскими показаниями Потребителя.

3.1.2. Предоставить качественные стоматологические услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями. Стоматологическая помощь оказывается в кабинетах клиники, оснащенных необходимым оборудованием, инструментарием и материалами. Предоставить услуги с соблюдением правил асептики и антисептики согласно ОСТ 42-21-2-85.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.4. Провести осмотр и опрос Потребителя с целью постановки диагноза и выбора плана лечения. Предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. В том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.5. Информировать Заказчика и Потребителя о предоставляемых медицинских услугах их стоимости, о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, видах анестезии; о последствиях отказа от медицинского вмешательства и возможных осложнениях, возникающих в процессе и по окончании лечения. Указанные сведения содержатся в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, которое подписывается Потребителем и лечащим врачом, и является неотъемлемой частью договора. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3.1.6. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить Заказчику и Потребителю о необходимых изменениях в плане лечения и стоимости услуг и предоставить дополнительные услуги с письменного согласия последнего или расторгнуть договор по инициативе Заказчика и Потребителя при его несогласии с рекомендациями врача, несоблюдение которых может повлечь негативные последствия для здоровья Потребителя.

3.1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика и Потребителя.

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

3.1.9. Исполнитель обязан при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленный законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

3.2. Заказчик и Потребитель обязаны:

3.2.1. Оплатить оказанные Исполнителем медицинские услуги в полном объеме в порядке, предусмотренном разделом 4 настоящего договора.

3.2.2. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии здоровья Потребителя, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения.

3.2.3. При изменении контактных или иных личных данных сообщить об этом сотрудникам ООО «Стоматологическая поликлиника «Атака».

3.2.4. Во время лечения являться на запланированные визиты к стоматологу точно в указанное время, в случае невозможности явиться - заблаговременно информировать об этом Исполнителя, выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача.

3.2.5. Подписывать Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, Предварительный план лечения, Акт приемки-сдачи оказанных услуг и иные Приложения к настоящему договору.

3.2.6. По окончании лечения являться для контрольных профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев, если иные сроки не указаны лечащим врачом.

3.3. Исполнитель вправе:

3.3.1. Требовать от Заказчика своевременную оплату оказанных Потребителю услуг.

3.3.2. Изменять по медицинским показаниям с согласия Потребителя и Заказчика Предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

3.3.3. Направлять Потребителя в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения специалистов из них для проведения дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.4. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги в соответствии с Приложениями к настоящему договору и «Положением о гарантиях» в ООО «Стоматологическая поликлиника «Атака».

Подпись Потребителя / _____ / _____
(расшифровка подписи)

Подпись Заказчика / _____ / _____
(расшифровка подписи)

3.3.5. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) и изменить сроки оказания услуг в случае обнаружения у Потребителя медицинских противопоказаний, как со стороны полости рта, так и по общему состоянию здоровья (инфекционные заболевания (в том числе герпес, ОРВИ), запущенный гнойный воспалительный процесс в челюстно-лицевой области, при подозрении у Потребителя аллергии к используемым препаратам).

3.3.6. Исполнитель оставляет за собой право обратиться в полицию, если Заказчик или Потребитель пришел на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и нарушает общественный порядок в клинике. Например, мешает работе персонала, нецензурно выражается.

3.3.7. Производить фотопотоколирование клинической ситуации, результатов лечения.

3.3.8. Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

3.4. Заказчик и Потребитель вправе:

3.4.1. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии здоровья Потребителя, о результатах оказания услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

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

3.4.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного времени.

3.4.5. Давать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.

3.4.6. Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.

3.4.7. Получить документы для социального вычета.

3.4.8. Получить информацию о своих правах и обязанностях, а также выбрать лиц, которым в интересах Потребителя может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.4.9. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.4.10. Получить после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья 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, сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие без взимания дополнительной платы.

3.4.11. Отказаться от дальнейшего лечения, если возникшие необходимые изменения в плане лечения приведут к увеличению его общей стоимости, и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы.

3.4.12. Расторгнуть настоящий договор, после его заключения, возместив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

3.4.13. Заказчик и Потребитель имеют права, установленные действующим законодательством РФ.

4. Стоимость работ и порядок оплаты.

4.1. Стоимость работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом цен на платные стоматологические услуги, действующим на момент оплаты и утвержденным Исполнителем.

4.2. Порядок расчетов: Заказчик оплачивает стоимость лечения Потребителя в полном объеме после приема; при ортопедическом и ортодонтическом лечении. Стороны соглашаются, что Заказчик в начале лечения вносит аванс в размере не менее 50% от общей стоимости работ, по окончании лечения производит полный расчет.

4.3. Заказчик оплачивает оказанные медицинские услуги Потребителю по настоящему договору в рублях по факту выполнения работы. Расчет производят в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, или безналичным способом с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа по выбору Заказчика, а также путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.4. С согласия Заказчика медицинские услуги по плану лечения Потребителя могут быть оплачены в полном размере предоплатой или путем внесения аванса. При расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка аванса Заказчику.

4.5. В случае изменения стоимости оказываемых Исполнителем платных медицинских услуг по Прейскуранту в процессе лечения делается перерасчет по Предварительному плану лечения с учетом этих изменений. Гарантия сохранения стоимости услуг по плану лечения сохраняется только при внесении предоплаты за предполагаемые по плану лечения услуги в размере 50% от общей суммы.

5. Порядок оказания стоматологических услуг

5.1. Внеплановая стоматологическая помощь оказывается Потребителю в день обращения — по медицинским показаниям.

5.2. Плановая стоматологическая помощь оказывается Потребителю после проведения осмотра и опроса Потребителя и составления плана лечения, который согласовывается с Потребителем и утверждается им письменно.

6. Гарантийные условия.

6.1. Исполнителем устанавливаются гарантийный срок и срок службы на оказанные услуги по настоящему договору согласно Положению, утвержденному Исполнителем.

6.2. В случае обнаружения недостатка, Потребитель должен сначала обратиться к Исполнителю, чтобы в медицинской карте зафиксировали наличие его жалобы, только после этого он может исправлять этот недостаток.

6.3. При невыполнении плана лечения в полном объеме Исполнитель снимает гарантии, предусмотренные условиями настоящего договора.

6.4. По истечении гарантийного срока все недостатки устраняются за счет Заказчика.

6.5. Гарантийные обязательства не сохраняются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний, эндокринные заболевания, многоплодная беременность, спортивные и бытовые травмы, самостоятельная починка ортопедических и ортодонтических конструкций), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах или окружающих тканях.

Подпись Потребителя / _____ / _____

(расшифровка подписи)

Подпись Заказчика / _____ / _____

(расшифровка подписи)

7. Ответственность сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, предусмотренную законодательством Российской Федерации. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Исполнитель не несет ответственности за последствия, возникшие в результате:

- неявки или несвоевременной явки Потребителя на запланированный визит или контрольные медицинские осмотры;
- досрочного расторжения договора по инициативе Потребителя и Заказчика (п. 3.4.11. и п. 3.4.12. настоящего договора);
- несообщения или недостоверного сообщения Потребителем существенных сведений о состоянии здоровья в паспортно/опросной части истории болезни;
- при не наступлении результата лечения по причинам, возможность возникновения которых была указана и согласована с Потребителем при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг и иных приложений к настоящему договору;
- предъявления претензий по качеству оказания медицинских услуг после вмешательства самого Потребителя, или специалиста другой клиники в гарантийную стоматологическую конструкцию или после получения в другой клинике стоматологических услуг, способных прямо или косвенно повлиять на гарантийную стоматологическую конструкцию;
- после истечения сроков гарантии и сроков службы овеществленных результатов услуг;
- несоблюдения рекомендаций, данных лечащим врачом по уходу за полостью рта или стоматологической конструкцией.

7.3. Заказчик несет ответственность в установленном законом порядке за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

7.4. Заказчик обязуется при расторжении договора в одностороннем порядке возместить Исполнителю фактически понесенные расходы.

7.5. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

8. Порядок и условия выдачи копии медицинской документации

8.1. Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

8.2. При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель Потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

8.3. В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

8.4. В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

8.5. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

9. Споры по настоящему договору

9.1. Стороны вправе урегулировать споры между ними, вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, в досудебном порядке (путем переговоров, с помощью процедуры медиации, в претензионном порядке и иными законными способами).

9.2. 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.

Раменский территориальный отдел Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Московской области

Сайт: <https://50.rospotrebnadzor.ru/>

Адрес и месторасположение отдела: 140104, Московская область, г. Раменское, ул. Десантная, д. 56

Тел: 8(496) 463-16-50, E-mail: ramenskoe@50.rospotrebnadzor.ru

Режим работы отдела: понедельник-четверг с 09:00 до 18:00, пятница с 9:00 до 16:45, перерыв с 13:00 до 14:00, суббота, воскресенье - выходные дни.

Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области

Сайт: <https://77reg.roszdravnadzor.gov.ru/>

Адрес: 109316, Россия, г. Москва, Волгоградский проспект, дом 27.

Телефон: 8-(916) 256-76-76, E-mail: office@reg77.roszdravnadzor.gov.ru

Режим работы: понедельник-четверг 9.30 – 17.45, пятница 9.30 – 16.30, перерыв 13.00 - 13.30, сб – вс: выходные дни

9.3. Споры между Сторонами, вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

10. Прочие условия

10.1. Перечень, сроки, объем, и стоимость медицинских услуг согласовываются Сторонами письменно в приложениях к договору.

Подпись Потребителя / _____ / _____

(расшифровка подписи)

Подпись Заказчика / _____ / _____

(расшифровка подписи)

10.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем договоре и созданные Сторонами в процессе действия договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые части настоящего договора.

10.3. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

10.4. Подписывая данный договор, Заказчик и Потребитель подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены и согласны с Правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью, с «Положением о гарантиях» в клинике Исполнителя.

10.5. В соответствии со ст.160 ГК РФ Стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора может использоваться факсимильное воспроизведение подписи представителя Исполнителя. По требованию Потребителя документ, заверенной факсимильной подписью, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным представителем Исполнителя.

10.6. 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.

10.7. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

10. Срок действия, изменение и расторжение договора

10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и заканчивается по выполнению Сторонами обязательств по договору или после расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

10.2. Расторжение договора возможно по инициативе Потребителя, по обоюдному согласию Сторон, путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктом 3.4.11, 3.4.12. договора, либо в спорных случаях – через суд согласно законодательству РФ.

10.3. Договор считается автоматически продленным по окончании его срока на тот же срок и на тех же условиях, если до окончания срока ни одна из Сторон не заявит о своем отказе от продления договора.

11. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «Стоматологическая поликлиника «АТАКА»

ИНН 5013046530, КПП 501301001

Юр. адрес: 140180, Московская обл., г. Жуковский, ул. Гудкова, д. 7А.

Почтовый адрес: 140180, Московская обл., г. Жуковский, ул. Дугина 28./12, Стоматология

р/с № 40702810902060000889, ПАО «БАНК УРАЛСИБ» г.Москва

БИК 044525787,

к/с № 30101810100000000787

Директор ООО «СП «АТАКА» _____ Соколов А.В.

Пациент: _____
(Фамилия, имя, отчество)

Паспорт (серия, №, кем и когда выдан): _____

Место прописки: _____

Подпись Пациента _____ « ____ » _____ 20__ г.

Заказчик: _____
(Фамилия, имя, отчество)

являясь попечителем и законным представителем интересов Пациента _____, гарантирую в полном объеме финансовое обеспечение условий, возлагаемых на Пациента в соответствии с настоящим договором.

Паспорт (серия, №, кем и когда выдан): _____

Место прописки: _____

Подпись Заказчика _____ « ____ » _____ 20__ г.

Подпись Потребителя / _____ / _____
(расшифровка подписи)

Подпись Заказчика / _____ / _____
(расшифровка подписи)