

Договор на оказание медицинских услуг № _____

г. Астрахань _____

ООО «Реацентр Астрахань» ОГРН 1123025000933 ИНН 3025002929, лицензия №ЛО30-01 001 004, выдана 28 апреля 2014 г. Министерством здравоохранения Астраханской обл.(Приложение к настоящему договору), место осуществления деятельности 414028 г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70 г, литер А, этаж 1, кабинеты №6,7,8,9,10,11,13,14,15, этаж 2, кабинеты №29,30,32,33, этаж 4 кабинет №56.

2. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги):

1)при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по :лечебной физкультуре и медицинскому массажу;сестринскому делу;функциональной диагностике;спортивной медицине;

2)при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:организации здравоохранения и общественному здоровью;педиатрии;терапии;

4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи, в амбулаторных условиях: по лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии;неврологии;организации здравоохранения и общественному здоровью; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; функциональной диагностике.

414028, г. Астрахань, ул. Адмирала Нахимова, 70 г, литер А, этаж 2, кабинет №28

2.При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги):1)при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:физиотерапии;

4)при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:физиотерапии; , далее именуемое Реацентр, в лице генерального директора Яроша М.Н., действующего на основании Устава, с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента: _____, _____, на основании _____, серия: _____, № _____, от _____ г., далее именуемый Представитель, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Предметом настоящего договора является оказание услуг: _____

1.2. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

1.2.1. Ф.И.О.: _____ Возраст: _____

1.2.2. Место жительства: _____

3. Стоимость медицинских услуг

3.1. Стоимость оказания медицинских услуг, указанных в п.1 настоящего договора составляет на момент подписания договора _____ (_____) рублей на основании Прейскуранта Реацентра.

3.2. В стоимость услуг входит: _____ сеансов.

4. Порядок и условия расчетов за оказание платных медицинских услуг

4.1. Порядок оплаты-100% предоплата, либо посансная предоплата.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется денежными средствами, путём внесения на расчётный счёт или в кассу Реацентра, или подарочными сертификатами

4.2. По желанию Представителя пациента, стоимость оказанных Реацентром услуг может быть оплачена самим Представителем, страховой компанией Пациента, третьим юридическим или физическим лицом на основании документа, выписанного Реацентром.

4.3. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег на расчётный счет или в кассу Реацентра.

4.4. При оплате медицинских услуг подарочными сертификатами, представитель пациента с правилами приобретения и использования подарочного сертификата ознакомлен.

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания с _____ и действует 1 месяц.

5.2. Срок действия договора может быть продлен по соглашению сторон.

5.3. В целях обеспечения безопасности работников и пациентов, сохранности имущества в Реацентре ведется видеонаблюдение.

5.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на русском языке, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Подписи сторон:

«Реацентр»: ООО «Реацентр Астрахань» ИНН/КПП 3025002929 /302501001, ОГРН 1123025000933

адрес: 414028 г. Астрахань, ул. Адм. Нахимова 70 г, литер А

р/с 40702810805000000797 Отделение № 8625 Сбербанк России г.Астрахань к/с 3010181050000000602, БИК 041203602,

телефон: (8512) 242-777; 242-888

«Представитель»: _____

паспортные данные: номер _____, серия _____, выдан _____, дата

выдачи _____

адрес: _____

ООО «Реацентр Астрахань»:

Представитель пациента:

_____/М.Н. Ярош/

_____/_____