*Уведомление*

*в соответствии с п. 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,* *утвержденных Постановление Правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736.*

Настоящим Исполнитель ООО «Лечебно-диагностический центр «Авиценна», уведомляет потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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/и отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 ФИО пациента (*подпись / расшифровка)*

**Договор № \_\_\_\_\_\_**

**возмездного оказания медицинских услуг**

**г. Санкт-Петербург**  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с Ограниченной Ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Авиценна», в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице Генерального директора, Елескиной Ларисы Александровны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка) (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ:**

Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Авиценна» - **полное фирменное наименование**, ООО ЛДЦ «Авиценна» - **сокращенное фирменное наименование**, зарегистрированное в качестве юридического лица МИФНС № 2 по Санкт-Петербургу «04» июня 2001г.

 ИНН 7820032482, ОГРН 1027809011658, осуществляющее медицинскую деятельность по адресу: 196608, Санкт-Петербург, город Пушкин, Оранжерейная улица, дом 64, лит. А, пом. 1Н.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: регистрационный номер Л041-01148-78/00348891; дата предоставления лицензии: 29 апреля 2020г.; статус лицензии – «действующая»; на выполнение услуг и работ: 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: медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии ортопедической, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологи, кардиологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

Лицензия выдана: Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 191011, Санкт-Петербург, Малая Садовая ул., д.1. Тел.: (812) 595-89-79. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения 109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1 тел. +7 (499) 578-02-20, (Территориальный орган Росздравнадзора по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области: 190068, г. Санкт-Петербург, наб. кан. Грибоедова 88-90, каб. 306 тел. 8(812) 314-67-89).

Свидетельство ЕГРЮЛ–серии 78 № 008629197, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №15 по Санкт-Петербургу «31» декабря 2004г. Медицинские услуги оказываются по адресу: 196608, Санкт-Петербург, город Пушкин, Оранжерейная улица, дом 64, лит. А, пом. 1Н

**Адрес сайта организации в сети «Интернет»: avicenna-pushkin.ru**

**Настоящим Исполнитель уведомляет Пациента о том, что Исполнитель не оказывает медицинскую помощь в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (в соответствии с программой обязательного медицинского страхования), для получения медицинской помощи в рамках государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи Пациенту надлежит обратиться в иную медицинскую организацию.**

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. Пациент поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется в течение срока действия настоящего Договора и на его условиях оказывать ПАЦИЕНТУ согласованные Сторонами платные медицинские услуги (в дальнейшем именуемые услуги) в соответствии с требованиями, действующего законодательства Российской Федерации, перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Пациент обязуется оплачивать эти услуги в соответствии с действующим на момент их оказания Прейскурантом Исполнителя.

2.2. В соответствии с п.2.1. настоящего Договора Пациент заказывает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту услуги в соответствие перечнем, по цене, в сроки, с привлечением работника Исполнителя, медицинские услуги в соответствии с п. 2.3. настоящего Договора. Перечень заказанных Пациентом услуг и условия их предоставления, не указанные в Договоре, могут быть изменены и/или дополнены, путем заключения дополнительного соглашения Сторон.

2.3. Перечень заказанных Пациентом услуг и условия их предоставления:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечень заказанных Пациентом медицинских услуг | ФИО, медицинская специальность, квалификация медицинского работника Исполнителя. | Срок ожидания медицинских услуг | Стоимость медицинских услуги (руб.) |
|  |  |  |  |

**3. СРОКИ.**

3.1. Услуга, либо определенный этап ее исполнения, согласованный Сторонами, предоставляются Пациенту в соответствии с режимом работы Исполнителя: ежедневно с 08 часов 00 минут до 20 часов 00 минут, суббота с 09 часов 00 минут до 15 часов 00 минут, выходной день – воскресенье, при условии фактической явки ПАЦИЕНТА для ее получения. Все сроки, согласованные в рамках настоящего Договора, являются (примерными) ориентировочными.

**4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ.**

**4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗУЕТСЯ:**

4.1.1. По заказу ПАЦИЕНТА и на согласованных с ним условиях оказывать ему услуги, а при отсутствии организационно-технических возможностей, или специального разрешения на выполнение каких-либо услуг, информировать ПАЦИЕНТА о необходимости их проведения в стороннем лечебном учреждении либо привлечении к исполнению услуги\ее этапа соисполнителей, имеющих соответствующие возможности либо разрешения.

4.1.2. При достаточности данных установить диагноз имеющихся у ПАЦИЕНТА заболеваний.

4.1.3. Сформулировать и ознакомить ПАЦИЕНТА с рекомендуемым планом лечения.

4.1.4. Согласовать с ПАЦИЕНТОМ перечень предоставляемых услуг из рекомендуемого плана лечения, план лечения может изменяться в зависимости от клинической ситуации.

4.1.5. Согласовать срок ожидания каждой из услуг, подлежащих исполнению либо каждого из этапов при поэтапном ее исполнении до начала исполнения данной услуги или ее этапа.

4.1.6. Согласовать стоимость услуги.

4.1.7. Ознакомить Пациента в доступной форме цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

4.1.8. Оказывать услуги надлежащего качества.

**4.1.9. В случае опоздания Пациента на прием, назначенный для предоставления ему медицинских услуг в форме плановый медицинской помощи более чем на 15 минут перенести дату и время приема на ближайшие свободные дату и время, имеющееся у соответствующего медицинского работника.**

4.1.10. Соблюдать права Пациента гарантированные законодательством РФ.

 **4.2. ПАЦИЕНТ ОБЯЗУЕТСЯ:**

4.2.1. Предоставлять ИСПОЛНИТЕЛЮ полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, проведенных ранее обследованиях и лечении, об имеющихся у него аллергических реакциях, а также иные сведения, которые могут сказаться на качестве оказываемых ИСПОЛНИТЕЛЕМ услуг.

4.2.2. Неукоснительно выполнять назначения лечащего врача направленных на диагностику, лечение, профилактику, реабилитацию имеющегося либо заподозренного у Пациента заболевания/состояния.

4.2.3. Немедленно извещать ИСПОЛНИТЕЛЯ об изменениях в состоянии здоровья, осложнениях или иных отклонениях в самочувствии, возникших как в процессе лечения, так и вне его.

**4.2.4. Своевременно являться на прием в согласованное время, при невозможности явки по уважительным причинам предупредить об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ в разумный срок (не позднее 24 часов до согласованной даты явки).**

 4.2.5. Своевременно являться на профилактические (осмотры) приемы не реже 1 раза в 6 месяцев.

4.2.6. Своевременно оплачивать стоимость, услуг на условиях настоящего Договора.

4.2.7. Удостоверять личной подписью факты ознакомления и согласия/несогласия: с планом лечения, с полученными рекомендациями, сроками выполнения услуг или их этапов, со стоимостью услуг или их этапов, подписывать информированные согласия на медицинские вмешательства, либо отказ от них, подписывать иные документы в зависимость от которых поставлена возможность либо невозможность исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

4.2.8. Самостоятельно обращаться к администратору клинки для согласования времени и даты, рекомендованного врачом лечения.

4.2.9. Соблюдать «Правила внутреннего распорядка для Пациентов лечебного учреждения ООО ЛДЦ «Авиценна», с которыми он был ознакомлен до подписания настоящего Договора.

4.2.10. Исполнять иные обязанности, возложенные на него законодательством РФ и настоящим Договором.

**4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ ВПРАВЕ:**

4.3.1. Самостоятельно определить характер и объем лечебных и диагностических вмешательств, необходимых ПАЦИЕНТУ в рамках оказания услуг, а также форм контроля за качеством их исполнения в рамках плана лечения.

4.3.2. Требовать от ПАЦИЕНТА предоставления всех сведений и документов о его состоянии здоровья и предыдущем лечении в других лечебных учреждениях.

4.3.3. Отложить предоставление медицинских услуг ПАЦИЕНТУ без какой-либо юридической ответственности при наличии на момент обращения противопоказаний для предоставления ему медицинских услуг, в том числе при нахождении ПАЦИЕНТА в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в случае осуществления ПАЦИЕНТОМ действий: нарушающих общепринятые нормы морали и нравственности, санитарно-эпидемиологический режим, угрожающих жизни и здоровью персонала, третьих лиц или имуществу клиники, при оскорбительном либо уничижительном стиле общения с медицинским персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ, если Пациенту не требуется медицинская помощь в целях предотвращения угрозы его жизни либо здоровью вплоть до минования обстоятельств, послуживших основанием для такого отложения

4.3.4. Заменить лечащего врача ПАЦИЕНТА по его личной просьбе или иному стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость).

4.3.5. При изменении обстоятельств в процессе оказания услуги/ее этапа (не требующих оказания неотложной, либо экстренной медицинской помощи), препятствующих оказанию согласованной услуги включая, но не ограничиваясь:

-возникновение осложнений, появление или выявление заболеваний либо состояний которых ранее не имелось или о которых Исполнителю не было известно,

-возникновении аллергических реакций, токсических реакций, индивидуальной непереносимости примененных медикаментов или материалов,

-проявлении атипичных реакций на показанные к применению фармацевтические препараты,

-выявление в ходе оказания услуг противопоказаний, заболевания или стадии заболевания либо степени поражения, выявить которые ранее не представлялось возможным с необходимостью применения вмешательств, материалов, медикаментов, которые не предполагалось использовать или применять при согласовании условий оказания услуги информировать Пациента о невозможности предоставления ранее согласованной услуги и прекратить ее предоставление.

4.3.6. В случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.3.5. с согласия Пациента изменить: план лечения, перечень, заказанных Пациентом услуг, их стоимость и сроки оказания, а при необходимости и работника Исполнителя, оказывающего услуги.

4.3.7. Оказывать услуги сверх установленных Стандартами оказания медицинской помощи при имеющейся у Пациента нозологической форме заболевания.

4.3.8. Отложить сроки начала выполнения услуг, сроки окончания выполнения услуг, указанных в п.п. 6.1.3. до полного исполнения Пациентом обязательств по их оплате.

**4.4. ПАЦИЕНТ ИМЕЕТ ПРАВО:**

4.4.1. Получать медицинские услуги надлежащего качества.

4.4.2. Получать доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.4.3. Запросить составление сметы на оказание платных медицинских услуг.

4.4.4. Запросить ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя.

4.4.5. Отказаться от медицинского вмешательства, подписав отказ от медицинского вмешательства и оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы, понесенные на исполнение обязательств. **С подписанием Пациентом Добровольного отказа от медицинского вмешательства Стороны считают Договор расторгнутым по инициативе Пациента в соответствии с п. 29 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных Постановлением правительства РФ от 11 мая 2023г. № 736.**

4.4.6. Отказаться от исполнения настоящего Договора, при условии возмещения Исполнителю фактически понесённых расходов.

4.4.7. Предъявлять требования, предусмотренные ФЗ «О защите прав потребителя».

4.4.8. На соблюдение иных прав предусмотренные законодательством РФ.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1. Стороны несут гражданско-правовую ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

5.1.1. При нарушении сроков оплаты, за оказание медицинских услуг, Пациент уплачивает Исполнителю штрафные санкции (пени) за нарушение сроков оплаты по договору из расчета 1 % от стоимости неоплаченных услуг за каждый день просрочки. Оплата штрафных санкций не освобождает Пациента от оплаты суммы задолженности.

5.1.2 Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми Стороны понимают: стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (десяти) дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед Пациентом:

5.2.1. За причинение вреда, наступившего вследствие воздействия обстоятельств непреодолимой силы или нарушения Пациентом установленных правил использования, хранения или транспортировки результатов услуги в соответствии с п. 5 ст. 14 ФЗ «О защите прав потребителей».

**6. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

6.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается на основании действующего прейскуранта ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.1.1. Стоимость услуги\ее этапа, определенная ИСПОЛНИТЕЛЕМ до начала исполнения услуги\ее этапа согласованная с ПАЦИЕНТОМ до начала ее оказания является приблизительной (ориентировочной). Стоимость услуг может изменяться в случае введение в действие нового Прейскуранта Исполнителя в процессе оказания услуг. Полная окончательная стоимость медицинских услуг определяется Сторонами после завершения их оказания на основании действующего прейскуранта Исполнителя. Настоящим Пациент подтверждает, что ознакомлен с действующим Прейскурантом Исполнителя до подписания настоящего Договора и согласен оплачивать стоимость услуг в соответствии с ним. При изменении Прейскуранта в процессе оказания услуг, Пациент обязуется производить оплату в соответствии с измененным Прейскурантом.

6.1.2. При оказании услуг по стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической иным профилям оказания медицинской помощи оплата производится за услугу\ее этап выполненные в течение одного посещения непосредственно после исполнения услуги/ее этапа.

6.1.3. При оказании услуг по стоматологии ортопедической оплата производится в два этапа: 1-я часть в размере от 50% до 100% от стоимости услуги определяемых по соглашению сторон оплачивается в день заказа данных услуг, не внесенная часть оплаты производится в день окончания предоставления услуги, а в случае оказания услуг по стоматологии ортопедической до постановки ортопедического изделия в полость рта.

6.1.4. Расчет предварительной стоимости услуг производится лечащим врачом при составлении и согласования перечня услуг, подлежащих выполнению.

6.1.5. Расчет стоимости услуг\ее этапов, выполненных при каждом обращении и подлежащих оплате в порядке п. 6.1.2 настоящего Договора производится лечащим врачом на основании действующего прейскуранта Исполнителя.

6.2. Оплата производится в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ наличным или безналичным способом оплаты или на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ.

6.3. Обязательства Пациента по оплате считаются исполненными с момента внесения денежных средств в кассу или на расчётный счёт ИСПОЛНИТЕЛЯ.

**7. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Настоящим Пациент подтверждает, что до заключения настоящего Договора ему была предоставлена вся обязательная информация об Исполнителе, предусмотренная законодательством РФ.

7.2. Настоящим Пациент (заказывающий медицинские услуги по профилю «Стоматология») подтверждает, что «Правила обращения с результатами стоматологических услуг», получены им на руки.

7.3. Настоящим Пациент дает согласие на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования специалистам в том числе и в области стоматологии, другим врачам Пациента, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных комиссий и врачебных комиссий, экспертизы качества медицинской помощи, иным лицам в целях исполнения ст. 90 ФЗ № 323 «Об основе охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7.4. Исполнитель в лице своего уполномоченного сотрудника, в праве осуществлять визуальное наблюдение либо видеомониторинг/видеозапись лечебно-диагностического процесса с целью контроля его качества.

7.5. Неявка ПАЦИЕНТА в организацию ИСПОЛНИТЕЛЯ в согласованные дату и время для исполнения последним взятых на себя обязательств по оказанию услуг ПАЦИЕНТУ вне зависимости от причин (за исключением форс-мажорных), Стороны расценивают в соответствии со ст. 405 ГК РФ, как просрочку ПАЦИЕНТА.

7.6. В случае отказа ПАЦИЕНТА своей подписью засвидетельствовать факт оказания ему услуги\ее этапа ИСПОЛНИТЕЛЕМ, иных документов, ИСПОЛНИТЕЛЬ вправе составить соответствующий односторонний акт, который будет иметь полную юридическую силу и доказательственное значение.

7.7. Настоящим Пациент (потребитель) подтверждает, что уведомлен 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.

7.8. Настоящим Пациент подтверждает, что проинформирован, что неявка на контрольные/профилактические осмотры, в соответствии с рекомендациями врача, может снизить качество предоставляемой медицинской услуги

 **8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Все споры относительно исполнения настоящего Договора разрешаются Сторонами в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.2. Обращения (жалобы), требования Пациента Заказчику направляются Почтой России заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении, по адресу: 196608, Санкт-Петербург, город Пушкин, Оранжерейная улица, дом 64. Обращение, (жалоба), требование считается полученными в соответствии с датой их вручения, указанной на уведомлении о вручении.

**9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение 1 (одного) года. В случае если ни одна из сторон не позднее чем за 15 календарных дней до даты его окончания не заявит о прекращении Договора в связи с истечением срока его действия, Договор пролонгируется на каждый последующий календарный год.

9.2. Договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон либо по иным основаниям в соответствии с законодательством РФ.

9.3. В случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.3.5. настоящего Договора, препятствующих оказанию согласованных ранее услуг и несогласием Пациента с предложенным ему вновь сформированным Планом лечения, перечнем услуг и условиями их предоставления, обусловленных вышеуказанными обстоятельствами, Стороны считают Договор расторгнутым по соглашению Сторон. Расторжение Договора в соответствии с настоящим пунктом не препятствует Пациенту в любое время обратиться к Исполнителю для заключения нового Договора и согласования условий предоставления показанных ему медицинских услуг.

**9.4. Отказ Пациента от Договора в порядке ст. 32 ФЗ «О защите прав потребителей» возможен при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем затрат по исполнению обязательств по Договору. При отказе Пациента от услуг по зубопротезированию на этапе изготовления зубопротезного изделия, фактические расходы Исполнителя составляют 70% от согласованной стоимости услуг по протезированию полости рта.**

**10. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

10.1. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) 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, без взимания дополнительной платы производится в соответствии с Приложением к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. N 789н «ПОРЯДОК И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (ИХ КОПИЙ) И ВЫПИСОК ИЗ НИХ».

10.2. С подписанием настоящего Договора, все ранее подписанные Договоры утрачивают силу.

10.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

10.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****ООО «ЛДЦ «Авиценна:**196608, Санкт-Петербург, город Пушкин, Оранжерейная улица, дом 64, лит. А, пом. 1Н.ОГРН 1027809011658ОКТМО 40397000ОКОНХ 91514, 71212ОКВЭД 86.10ОКАТО 40294501000ИНН 7820032482 КПП 782001001 Р/с 40702810590230000445 в ПАО «Банк «Санкт-Петербург»»в г. Санкт-ПетербургеКор/счет 30101810900000000790БИК 044030790**Генеральный директор** **ООО ЛДЦ «Авиценна»** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\Л.А. Елескина\** **М.П.** | **Пациент/ Законный представитель Пациента:** **(ФИО) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Дата выдачи: «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Подпись Пациент****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Второй экземпляр Договора на руки получил.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Фамилия Имя Отчество/** |