

Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
от «__» _____ 20__ г. № _____

Перечень медицинских услуг к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «___» _____ 20__ г. № _____

Г. _____

« _____ » 20 ____ г.

ООО «ИРМЕДИКА», именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице _____, действующего (-ей) на основании доверенности от «__» _____ 20__ г. № _____, с одной стороны и _____ именуемый (-ая) в дальнейшем и «Заказчик» действующий(-ая) от своего имени и в интересах «Потребителя/пациента», с другой стороны, либо в интересах Потребителя/Заказчика _____ с третьей стороны, именуемые в дальнейшем совместно Стороны, согласовали настоящий перечень медицинских услуг, устанавливающий стоимость, объем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг и срок их оказания.

(Заполняется в случае, если Потребителем является недееспособное лицо)

и _____, именуемый в дальнейшем «Законный представитель», действующий(-ая) в интересах недееспособного _____

именуемого(-ой) в дальнейшем «Потребитель».

[illegible]

ИТОГО:							
Сумма прописью:							
_____ рублей _____ копеек							
без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)							

В случае, если Потребитель в день окончания оказания Исполнителем медицинских услуг в амбулаторных условиях не предъявил каких-либо претензий и возражений, то медицинские услуги, оказанные Исполнителем, считаются оказанными в полном объеме и принятыми Потребителем.

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью ИРМЕДИКА (сокращенное наименование: ООО «ИРМЕДИКА»)

Адрес места нахождения: Иркутская область, г. Черемхово, ул. Декабрьских событий, д. 16

Адрес места оказания медицинских услуг: Иркутская область, г. Черемхово, ул. Декабрьских событий, д. 16

ИНН: 3851008980

КПП: 385101001

ОГРН: 1153850041113

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от _____ № _____, выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (адрес: _____ контактные телефоны: + _____). Срок действия — бессрочно.

Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, указан в Лицензии Исполнителя от _____ № _____ выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, копия которой находится в доступной форме на информационных стендах в месте осуществления медицинской деятельности, а также размещен на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (**АДРЕС САЙТА**)

_____/_____
М.П.

Заказчик: Ф.И.О. _____ Паспорт: серия ____ номер _____ выдан _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ Адрес места жительства: _____ _____ Снилс _____ _____ Тел. _____ E-mail: _____ _____ / _____	Пациент/Законный представитель: Ф.И.О. _____ Паспорт: серия ____ номер _____ выдан _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ Адрес места жительства: _____ _____ Снилс _____ _____ Тел. _____ E-mail: _____ _____ / _____
---	---