Приложение № 4

УТВЕРЖДЕН приказом
ФГБУ «НМИЦ гематологии»
Минздрава России
от 31.08 2016 г. № 545

ДОГОВОР № _____
на предоставление платных медицинских услуг в стационарных условиях

г. Москва «____ »_____ 202___г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр гематологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России), адрес в пределах места нахождения: 125167, г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, ОГРН 1027739419014, ИНН 7714061756, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице (должность) _____ (фамилия, имя, отчество) _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, с одной стороны,
и _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заказчика), именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая):

— от своего имени и в своих интересах (Заказчик одновременно является Потребителем);

— в пользу _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) потребителя), именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель»;

— как законный представитель/ как лицо, заключающее договор от имени Потребителя _____ на основании _____ (наименование, номер и дата документа, подтверждающего законное представительство/полномочия),

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

1.1. Заказчик (Потребитель) поручает, Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги (далее- Услуги) в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги Исполнителя (далее – «Прейскурант»), размещенном на официальном сайте Исполнителя по адресу: https://blood.ru/, а Заказчик обязуется оплатить платные медицинские услуги на основании выставленного счета в соответствии с условиями Договора.

1.2. Перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, срок выполнения и их стоимость определяются дополнительными соглашениями к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.

1.3. На момент подписания Договора Заказчик (Потребитель):

– уведомлен об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России»;

– проинформирован, о возможности отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

– ознакомился с Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг и Прейскурантом Исполнителя;

– ознакомился с иной информацией, размещенной на сайте Исполнителя: https://blood.ru/ и на информационных стендах (стойках) в части условий и сроков оказания Услуг, формы Договора;

– ознакомился и получил сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности: регистрационный номер лицензии Л041-00110-77/00553287, дата предоставления лицензии — 29 января 2018 года, лицензирующий орган — Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, — в рамках платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору ;

– получил информацию о порядках, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» www.pravo.gov.ru и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации minzdrav.gov.ru, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;

– получил информацию о медицинских работниках, отвечающих за предоставление Услуг (их профессиональном образовании и квалификации), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России»;

– получил информацию о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- уведомлен о возможности получения 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 и добровольно согласился на оказание ему платных медицинских услуг.

- получил информацию о возможности направления обращений (жалоб) на адреса, указанные в реквизитах сторон к Договору, а также о формах и способах направления обращения.

– проинформирован о том, что потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– предупреждён о том, что в процессе лечения по медицинским показаниям может потребоваться предоставление дополнительных платных медицинских услуг, которые предоставляются исключительно после оформления дополнительного соглашения к настоящему Договору либо нового договора;

– принял решение о получении платных медицинских услуг добровольно, согласно своему желанию, и просит заключить настоящий Договор.

1.4. Услуги оказываются на территории Исполнителя.

1.5. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в дополнительном соглашении к Договору исходя из индивидуального объёма оказываемых медицинских услуг, расписания медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режима работы Исполнителя.

1.6. Заказчик и (или) Потребитель уведомлён о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определённый на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России. Несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.7. На предоставление платных медицинских услуг, предусмотренных Договором, может быть составлена твёрдая или приблизительная смета. Составление сметы по требованию Заказчика (Потребителя) либо Исполнителя является обязательным. Смета является неотъемлемой частью Договора.

1.8. При предоставлении платных медицинских услуг анонимно сведения о Потребителе фиксируются со слов Потребителя, данные документа, удостоверяющего личность, в Договоре не указываются. Для направления ответов на письменные обращения указывается адрес, сообщённый Потребителем. Анонимное предоставление платных медицинских услуг не допускается в случаях, когда законодательством Российской Федерации требуется идентификация пациента, ведение персонифицированного учёта или передача персонифицированных сведений, в том числе при медицинском освидетельствовании на выявление ВИЧ-инфекции.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Информировать Заказчика (Потребителя) о медицинских услугах (вмешательствах), о возможных последствиях при оказании медицинских услуг.

2.1.2. Определить необходимый объем услуг и их стоимость согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги, действующему на момент заключения договора.

2.1.3. Оказать медицинские услуги надлежащего качества Заказчику (Потребителю) в согласованном с ним объеме, в соответствии с Договором, Лицензией на осуществление медицинской деятельности, требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе требованиями Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федерального закона от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2026 г. № 659, приказа Министерства здравоохранения Российской

Федерации от 11.04.2025 № 193н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (при оказании услуг с применением телемедицинских технологий), в том числе в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, полученных в ходе оказания услуг.

2.1.5. Выдать на руки и (или) направить на адрес электронной почты, указанный в Договоре, документ, подтверждающий факт осуществления расчёта за предоставленные платные медицинские услуги (кассовый чек или бланк строгой отчётности), в соответствии с законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники.

2.1.6. По факту оказания услуг выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Выдача осуществляется в порядке, предусмотренном пунктом 2.4.5 Договора.

2.1.7. По заявлению Заказчика и (или) Потребителя при наличии согласия Потребителя или его законного представителя в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня обращения выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги, выданный по форме и в порядке, которые утверждаются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным по контролю и надзору в области налогов и сборов, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения;
- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему; рецептурный бланк заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью Исполнителя, либо выписку из медицинской документации пациента, содержащую сведения о назначении лекарственного препарата; .

2.1.8. Хранить врачебную тайну и персональные данные Потребителя.

2.1.9. Вести медицинскую документацию Потребителя, учетные и отчетные статистические формы, производить учет видов, объема и стоимости оказанных Услуг.

2.1.10. Сообщать Потребителю, о необходимости оказания дополнительных Услуг.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя, предоставления всей необходимой информации для качественного и полного оказания Услуг.

2.2.2. Отказаться от предоставления Услуг (или установить другое время для оказания):

– на основании письменного отказа Потребителя, от медицинского вмешательства;

– в случае невыполнения Потребителем условий Договора;

– в случае выявления противопоказаний для лечения и/или исследования, манипуляции и/или процедуры;

– в случае явки Потребителя для оказания Услуг в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, иного нарушения внутреннего распорядка;

2.2.3. Предлагать Потребителю дополнительные платные медицинские услуги, не предусмотренные Договором, своевременно предупредив об этом Заказчика (Потребителя). Такие услуги предоставляются исключительно после оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Оказание на возмездной основе медицинских услуг, не предусмотренных Договором, без оформления дополнительного соглашения (нового договора) не допускается.

2.2.4. В случае отсутствия оплаты в срок, указанный в п. 3.3 Договора, Исполнитель вправе не приступать к оказанию услуг и расторгнуть Договор в одностороннем порядке, устно проинформировав об этом Потребителя.

2.2.5. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной Договором.

Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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.

2.2.6. Обрабатывать и передавать персональные данные и предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:

2.3.1. Оформить Информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг в порядке, установленном пунктом 4.1 Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг Исполнителя: в электронной форме с подписанием простой электронной подписью или усиленной неквалифицированной электронной подписью (в том числе с использованием мобильного приложения «Госключ») при условии идентификации через Единую систему идентификации и аутентификации либо в виде документа на бумажном носителе при очном визите.

2.3.2. Своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги.

2.3.3. Оформить в установленном порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства, подтверждая тем самым, что получил все необходимые разъяснения и ему понятна суть оказания Услуг. В случае отказа от медицинского вмешательства Потребителю, разъясняются возможные последствия такого отказа, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). При отказе от медицинского вмешательства Потребитель несет риск причинения вреда своему (представляемого) здоровью самостоятельно.

2.3.4. Информировать медицинский персонал Исполнителя до получения Услуг о перенесенных Потребителем заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях и прочих противопоказаниях для проведения лечения и/или исследования, в случае сокрытия противопоказаний к проведению медицинского вмешательства, несет риск причинения вреда своему (представляемого) здоровью самостоятельно.

2.3.5. Выполнять требования медицинского персонала о проведении подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам. Потребитель, в случае не проведения/отказа от проведения подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам, несет риск причинения вреда своему (представляемого) здоровью самостоятельно.

2.3.6. Выполнять все указания (рекомендации) медицинского персонала, в том числе по использованию лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

В случае несоблюдения назначений (рекомендаций) медицинского персонала, в том числе назначенного режима лечения, Потребитель ответственен за возможное снижение качества предоставляемой Услуги, за невозможность ее завершения в срок или отрицательное воздействие на здоровье Потребителя.

2.3.7. Соблюдать пропускной режим, правила внутреннего распорядка, лечебно-охранительный режим, режим работы Исполнителя, санитарно-эпидемиологические, противопожарные, антитеррористические и иные нормы и правила Исполнителя.

2.3.8. Соблюдать требования законодательства Российской Федерации на запрет курения на территории и в помещениях Исполнителя.

2.3.9. Не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятные условия пребывания.

2.3.10. Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего (представляемого) здоровья.

2.3.11. В случае, если Заказчик не является Потребителем, Заказчик обязан уведомить Потребителя обо всех положениях Договора и иных документов, подписываемых Заказчиком.

2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:

2.4.1. Требовать предоставления информации:

– об оказываемых Услугах;

– о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, с учетом необходимости соблюдения врачебной тайны;

– об используемых при предоставлении 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.

2.4.2. Получать медицинские услуги в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию.

2.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг, оплатив Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.4.4. Требовать оказания Услуг, соответствующих порядкам оказания, стандартам, клиническими рекомендациям, в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.5. Требовать предоставления Потребителю предусмотренных документов. Порядок и условия выдачи Заказчику (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 определяются нормативными правовыми актами РФ и локальными нормативными актами Исполнителя.

2.4.6. Отказаться от исполнения Договора полностью или в части, подписав отказ от медицинского вмешательства.

2.4.7. В случаях возникновения конфликтных ситуаций с персоналом, незаконном взимании средств, неудовлетворительных условиях содержания или при возникновении других проблемах обратиться к должностному лицу Исполнителя.

2.4.8. Направлять обращения и претензии к Исполнителю в письменной форме на почтовый или электронный адрес, указанный в Договоре.

3. Порядок расчетов и сдача-приемки оказанных услуг.

3.1. Стоимость услуг определяется на основании Прейскуранта цен на платные медицинские услуги Исполнителя, действующего на момент заключения Договора.

3.2. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем с момента подписания настоящего Договора обеими Сторонами и внесения авансового платежа.

3.3. Заказчик (Потребитель) после подписания настоящего Договора до оказания услуг вносит авансовый платёж в размере 100% цены платных медицинских услуг, планируемых к оказанию, согласно предварительному плану лечения (приблизительная смета), являющемуся приложением к Договору и его неотъемлемой частью.

3.4. Заказчик (Потребитель) производит оплату услуг в соответствии с выставленным счетом в российских рублях. Все расчеты между Сторонами осуществляются в наличной или безналичной форме путем оплаты денежных средств через кассу Исполнителя или перечисления на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре,

3.5. В случае непредставления и (или) неполного представления платных медицинских услуг по основаниям, независящим от Исполнителя (наличие медицинских противопоказаний, биологический материал в недостаточном количестве и (или) качестве и др.), оплаченные денежные средства возвращаются Заказчику (Потребителю) за вычетом фактически понесенных расходов по выполнению Договора (ч. 3 ст. 781, ст. 782 ГК РФ). К фактически понесённым расходам относится стоимость фактически выполненного этапа услуги, если такой этап предусмотрен Договором (дополнительным соглашением) как самостоятельная услуга Прейскуранта. Возврат осуществляется в порядке пункта 3.8 Договора.

3.6. Окончательный расчёт стоимости фактически оказанных Потребителю платных медицинских услуг производится в течение 30 рабочих дней с момента выписки Потребителя из стационара на основании счёта Исполнителя в соответствии с дополнительным соглашением к Договору по Прейскуранту цен на платные медицинские услуги Исполнителя, действующего на момент оказания Услуг. Излишне внесённый аванс возвращается в порядке пункта 3.8 Договора.

3.7. В случае отказа Заказчика и (или) Потребителя от получения платных медицинских услуг Договор прекращается. Исполнитель информирует Заказчика (Потребителя) о прекращении Договора по инициативе Потребителя в письменной форме, в том числе через личный кабинет Потребителя или иной дистанционный канал, использованный при заключении Договора. В этом случае Заказчик (Потребитель) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3.8. Возврат излишне уплаченных Заказчиком (Потребителем) денежных средств, а также за платные медицинские услуги, не оказанные по независящим от Сторон обстоятельствам, осуществляется в течение 10 (десяти) рабочих дней после предоставления Заказчиком (Потребителем) Исполнителю заявления на возврат денежных средств по установленной форме и предъявления документа, удостоверяющего личность.

Обязанность Исполнителя по возврату уплаченной суммы возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

3.8.1. За фактически оказанные платные медицинские услуги возврат денежных средств не осуществляется.

3.9. В течение 30 рабочих дней с момента выписки Потребителя из стационара Исполнителем осуществляется передача Потребителю подписанного со своей стороны Акта оказанных услуг. Заказчик (Потребитель) в срок, не превышающий 5 дней с даты получения Акта, подписывает и возвращает Исполнителю один экземпляр Акта оказанных услуг. Если Потребитель по состоянию здоровья не может

подписать Акт, Акт подписывает Заказчик либо законный представитель Потребителя. В случае уклонения от получения или немотивированного отказа Заказчика (Потребителя) от подписания акта оказанных услуг Исполнитель вправе составить акт оказанных услуг в одностороннем порядке. В таком случае Услуги будут считаться оказанными Исполнителем и принятыми Потребителем на основании одностороннего Акта оказанных услуг. Настоящий пункт не ограничивает права Заказчика (Потребителя), предусмотренные главой III Закона Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

4. Срок действия Договора.

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами своих обязательств до 31.12.202_____

4.2. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из сторон обязательств по настоящему Договору.

5. Ответственность сторон, порядок разрешения споров, изменения и расторжения Договора.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы.

5.4. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор прекращается. При этом Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.5 Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон или по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.6 Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

5.7. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.8 При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия.

6.1. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующем количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом).

6.2. Стороны договорились, что при заключении настоящего Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического или иного копирования. Настоящий Договор может быть заключён в электронной форме и подписан электронной подписью в соответствии с Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ «Об электронной подписи»; идентификация Заказчика (Потребителя) может осуществляться, в том числе, с использованием федеральной государственной информационной системы «Единая система идентификации и аутентификации».

7. Реквизиты сторон.

Исполнитель:
ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России
Юридический и фактический адрес: 125167, г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, тел.(495) 612-80-92
E-mail: director@blood.ru
ИНН: 7714061756 КПП: 771401001 ОКОПФ: 75103
ОКТМО: 45333000 ОГРН: 1027739419014
БИК: 004525988 ОКПО: 01897529
р/с: № 03214643000000017300
кор.счет: № 40102810545370000003
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)
л/с: 20736У93830
Банк получателя: ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва

Подпись: _____ / _____ /

Потребитель [2]
(ФИО) _____
Адрес места жительства: _____
_____
_____

Документ, удостоверяющий личность:
_____серия _____ номер_____
выдан_____
дата выдачи_____

E-mail: _____
Телефон: _____

Подпись: _____ / _____/

Заказчик [1]
(ФИО)_____
Адрес места жительства: _____
_____
_____

Документ, удостоверяющий личность:
_____серия _____ номер_____
выдан_____
дата выдачи_____

E-mail: _____
Телефон: _____

Подпись: _____ / _____/

Заказчик [3]
(ФИО)_____
Адрес места жительства: _____
_____

Документ, удостоверяющий личность:
_____серия _____ номер_____
выдан_____
дата выдачи_____

E-mail: _____
Телефон: _____

В лице **законного представителя Потребителя / от имени Потребителя (нужное подчеркнуть)**

На основании_____

Потребитель:
(ФИО)_____

Документ, удостоверяющий личность:
_____серия _____ номер_____
выдан_____
дата выдачи_____

Подпись **Заказчика**
_____ / _____/

[1] Заполняется, если Заказчик является Потребителем или приобретает Услугу в пользу Потребителя.

[2] Заполняется если Заказчик приобретает Услугу в пользу Потребителя. Не заполняется в случае если Потребитель является Заказчиком.

[3] Заполняется в случае заключения договора Заказчиком в лице Законного представителя Потребителя/от имени Потребителя.

Форма предварительного плана лечения

Приложение к договору от _____202__ г. № ___

Предварительный план лечения (приблизительная смета) к договору от _____ № _____

Заказчик _____

Потребитель _____

Дата рождения потребителя:_____

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Количество	Цена, руб.	Стоимость, руб.
Итого:					
Итоговая сумма с НДС:					Без НДС

Оплата лечения в стационарных условиях. Авансовый платеж в размере 100% цены платных медицинских услуг, планируемых к оказанию _____ (_____) рублей 00 коп.

Исполнитель:

ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России
Юридический и фактический адрес: 125167, г. Москва, Новый Зыковский проезд, д. 4, тел.(495) 612-80-92
E-mail: director@blood.ru
ИНН: 7714061756 КПП: 771401001 ОКОПФ: 75103
ОКТМО: 45333000 ОГРН: 1027739419014
БИК: 004525988 ОКПО: 01897529
р/с: № 03214643000000017300
кор.счет: № 40102810545370000003
УФК по г. Москве (ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава России)
л/с: 20736У93830
Банк получателя: ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва

_____

Подпись: _____ / _____ /

Потребитель

(ФИО) _____

Адрес места жительства: _____

_____

_____

Документ, удостоверяющий личность:

_____серия _____ номер_____

выдан_____

дата выдачи_____

E-mail: _____

Телефон: _____

Подпись: _____ / _____/

Заказчик

(ФИО)_____

Адрес места жительства: _____

_____

Документ, удостоверяющий личность:

_____серия _____ номер_____

выдан_____

дата выдачи_____

E-mail: _____

Телефон:

Подпись: _____ / _____/

Заказчик

(ФИО)_____

Адрес места жительства: _____

_____

Документ, удостоверяющий личность:

_____серия _____ номер_____

выдан_____

дата выдачи_____

E-mail: _____

Телефон: _____

В лице **законного представителя Потребителя / от имени Потребителя (нужное подчеркнуть)**

На основании_____

Потребитель:

(ФИО)_____

Документ, удостоверяющий личность:

_____серия _____ номер_____

выдан_____

дата выдачи_____

Подпись **Заказчика**

_____ / _____/