

Договор № 001909

на оказание платных услуг

г. Хабаровск

27 Января 2024 г.

ИП Рыбальченко А. Е., ОГРНИП 320272400033682, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Рыбальченко А.Е., с одной стороны, и (Ф.И.О. взрослого пациента или законного представителя несовершеннолетнего пациента) именуемый (-ая) в дальнейшем "пациент", с другой стороны, совместно именуемые Стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия оказания платных услуг: "Пациент" поручает, а "Исполнитель" обязуется оказать "Пациенту" платную услугу:

№	Наименование	Колич.	Цена	Сумма

1.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных Договором, они выполняются с согласия "Пациента" с дополнительной оплатой согласно прейскуранту.

1.3. Оплата услуг производится наличными в кассу учреждения, либо с использованием платежной карты до оказания услуг.

2. Обязанности сторон

2.1. "Исполнитель" обязан:

2.1.1. Оказать "Пациенту" услугу, предусмотренную п.1.1. настоящего Договора.

2.1.2. При предоставлении услуг оказать "Пациенту" квалифицированную, качественную помощь в установленном Договором срок.

2.1.3. Предоставить "Пациенту" бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге.

2.2. "Исполнитель" имеет право:

2.2.1. Определять объем исследований необходимых для установления диагноза, обследования и оказания помощи.

2.2.2. Отказать "Пациенту" в оказании услуг, с возвратом уплаченной за эту услугу суммы, по объективным причинам или перенести с согласия "Пациента" оказания данной услуги на срок, за который данная причина будет устранена.

2.3. "Пациент" обязан:

2.3.1. Информировать специалиста до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3.2. Своевременно оплатить стоимость услуги.

2.3.3. Точно выполнять назначения врача.

2.3.4. Содержать помещения в чистоте, не допускать порчи имущества, соблюдать режим работы "Исполнителя", противопожарной безопасности, санитарно-гигиенических норм.

2.4. "Пациент" имеет право:

2.4.1. На предоставление информации об услуге.

2.4.2. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания услуги.

2.4.3. Отказаться от получения услуги и получить обратно оплаченную сумму с возмещением "Исполнителю" затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

3. Ответственность сторон

3.1. В случае обоснованной (подтвержденной заключением экспертной комиссии) претензии "Пациент" вправе по своему выбору потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги или соответствующего уменьшения цены оказанной услуги.

3.2. "Исполнитель" освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения "Пациентом" своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренных законодательством.

4. Прочие условия

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

4.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения независимой экспертизы в судебном порядке.

4.3. До обращения в суд по поводу качества оказанных услуг Стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

4.4. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий Договора обязательно предъявление претензии в письменном виде.

4.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон, имеют одинаковую юридическую силу.

5. Подписи сторон

Исполнитель

Пациент

ИП Рыбальченко А. Е.

Имя документ

680000 г.Хабаровск

Ул Карла Маркса 86

ИНН 272116110687

Тел. 89294912828, 84212782121

Добровольное согласие пациента

На оказание платных услуг

"Проинформирован(а) о том, что данная услуга предоставляется на платной основе.

Даю своё письменное согласие и прошу оказать данные услуги на платной основе, согласно соответствующим тарифам. С видами оказываемых услуг, тарифами на платные услуги и иными документами, характеризующими порядок оказания платных услуг ознакомлен(а)."

Всю информацию, необходимую мне для получения вышеперечисленной услуги я получил(а), в чем расписался(ась) собственноручно.

Подпись пациента _____

27 Января 2024 г.

Качеством оказанных услуг удовлетворен(а).

Претензий не имею. _____ (подпись)