

Областное бюджетное учреждение здравоохранения
"Курский онкологический научно-клинический центр имени Г.Е. Островерхова"

ДОГОВОР № [Номер Договора]
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Курск

Дата

ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова» комитета здравоохранения Курской области, ОГРН 1024600961230 (ИФНС России по г. Курску 09.12.2002), имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность №ЛО-46-01-002344 от 20 ноября 2020 г., выданной комитетом здравоохранения Курской области (г. Курск, Красная площадь, д. 6, тел. (4712) 51-47-20), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Главного врача Станоевича У., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) [ФИО], [Паспорт], проживающий по адресу: [Адрес], именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий Договор определяет порядок и условия оказания Исполнителем платных медицинских услуг Потребителю. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю медицинские услуги в соответствии со следующим перечнем:

Наименование услуги	Срок оказания услуги	Кол-во	Стоимость, руб	Сумма, руб
Наименование Услуги		Кол-во	Стоимость	Сумма
Итого:				Сумма

1.1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.1.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке. Оказание медицинских услуг осуществляются специалистами Исполнителя. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Потребителя.

1.1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором определяется Приложением №1 к настоящему Договору, являющимися его неотъемлемой частью.

1.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с лицензией медицинской организации и предоставляемыми на основании этой лицензии услугами;
- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

– ознакомил его с Правилами проведения лабораторных исследований (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 мая 2021 г. № 464н "Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований")

– ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

– уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов 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;

– уведомил его (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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе, также Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

1.5. По требованию Потребителя (Заказчика) Исполнитель должен предоставить смету на предоставление платных медицинских услуг.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 1.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг и Приложением №1 к настоящему Договору, являющимся его неотъемлемой частью.

2.2 Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

2.3 В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

2.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, общая стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

2.5. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания в кассе медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

2.6. Кассовый чек, выданный Исполнителем Потребителю (Заказчику), является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы.

3.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.3. Под первичным приемом в рамках настоящего договора понимается первичное обращение к конкретному врачу-специалисту и последующее обращение к этому врачу-специалисту более чем через 90 календарных дней с момента первичного обращения, независимо от причины обращения.

3.4. Под повторным приемом в рамках настоящего договора понимается повторное обращение к одному врачу-специалисту в течении 90 календарных дней с момента первичного обращения.

3.5. В случае если с момента первичного обращения к специалисту прошло более 90 календарных дней, следующий прием того же специалиста считается первичным.

3.4. Повторное обращение за получением платной медицинской услуги не распространяется на услуги, предоставленные в разовом порядке.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Исполнитель обязуется:

4.1.2. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 1.2. настоящего Договора.

4.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором. Предоставить Пациенту полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

4.1.5. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

4.1.7. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика.

4.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

4.1.9. Предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.10. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Потребителю документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

4.1.11. Выдать Потребителю документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Потребителя.

4.1.12. Права Исполнителя: При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ:

Потребитель обязан:

4.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 2 настоящего Договора. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Потребителя и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения. В противном случае весь риск связанных с этих последствий несет Потребитель.

4.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

4.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

4.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

4.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

4.2.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.2.10. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Потребителя является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Потребителя от

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг- в одностороннем порядке.

4.2.11. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

Потребитель имеет право:

4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.7. Потребитель имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье, а также при невыполнении Потребителем назначений медицинского работника Исполнителя, нарушением ограничений при проведении медицинских манипуляций, процедур, назначенных медицинским работником Исполнителя, самолечением Потребителя. Потребитель уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя до, при и после проведения медицинских манипуляций может снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения, либо к искажению результата, что в последствии может отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5.6. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Потребитель обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.7. Потребитель несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Потребителя. В этом случае Потребитель также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.8. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Потребитель обязан возместить причиненные убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений (приложений) к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

7.1.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

7.1.2. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

7.1.3. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения соглашения, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

7.2. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

7.2.1. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

7.3.* Информированное добровольное согласие на проведение медицинской операции по маммопластике; медицинские предписания в послеоперационный период являются неотъемлемой частью настоящего договора.

8. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ОБУЗ "Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова" комитета здравоохранения Курской области 305524, Курская область, Курский район, х. Кислино, ул. Елисеева, д. 1 Тел. 73-19-20 Тел. 73-18-92 ОГРН: 1024600961230 Главный врач Станоевич У. _____	Пациент: [ФИО] Паспортные данные: [Паспорт] Адрес: [Адрес] Тел. [Телефон] Подпись _____
---	---

м. п.

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, (ФИО), в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения платных медицинских услуг даю согласие ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова» расположенного по адресу: Курская обл., Курский р-н, х. Кислино, ул. Елисеева, 1 на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение, обезличивание, блокирование, уничтожение) неавтоматизированным и автоматизированным способом моих персональных данных (Ф.И.О., даты и места рождения, гражданства, места жительства, паспортных данных, сведений о месте работы, о социальном положении, данных о предыдущих местах работы, о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, ИНН, номера страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, семейного положения, профессии, сведений о социальных льготах и др.) или сообщение моих персональных данных третьей стороне в соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами:

1. Паспортные данные:
2. Адрес по месту регистрации:
3. Телефон: -

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

дата

_____ (подпись)

_____ (расшифровка
подписи)

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА (ПОТРЕБИТЕЛЯ) НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, гражданин(ка) (ФИО), ознакомился(ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Курской области», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи в данной медицинской организации ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова» и других медицинских организаций. Я ознакомился(лась) с правилами лабораторных, инструментальных, патанатомических, и иных диагностических исследований, положением о медпомощи, порядком медреабилитации и санаторно-курортным лечением, порядком медэкспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медосмотров и медосвидетельствований. Я понимаю, что могу получить оплачиваемую

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

мною помощь бесплатно, по программе ОМС, но желаю получить ее на основании платных услуг. Я даю согласие на одновременное проведение маммопластики и резекции, мне известно, что оперативное пособие будет проводиться на двух молочных железах, мне также разъяснены и понятны все возможные осложнения, связанные с одномоментным проведением этих манипуляций. Я ознакомлен(а) с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Меня не принуждают отказаться от бесплатной медицинской помощи по поводу злокачественных новообразований и не какие факторы не влияют на мое решение. Я осведомлен(а) о возможных осложнениях во время проведения анестезии (аллергические реакции) и при приеме назначаемых врачом лекарственных средств (в соответствии с инструкциями к назначаемым препаратам) обо всех рисках и осложнениях при проведении медицинских вмешательств. Мне известно о степени риска проводимых лечебно-диагностических процедур, предполагаемых результатах и возможных осложнениях, я даю свое согласие на обследование и лечение. Я обязуюсь информировать лечащего врача обо всех случаях аллергии в прошлом и в настоящее время, о наличии всех имеющихся у меня заболеваний (в том числе о ВИЧ, сифилисе, гемофилии, гепатита «С» и «В»), травм и ранее выполненных операций, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я обязуюсь сообщить лечащему врачу правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я извещен(а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия. Я извещен(а), что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препаратов, процедур, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение, отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг именно в данной медицинской организации ОБУЗ «Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова» именно на платной основе.

дата.

(подпись)

(расшифровка
подписи)

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

Приложение № ____ от ____ 202_г.

к Договору № ____ от ____ 202_г.

ОБУЗ «КО НКЦ имени Г.Е. Островерхова», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Администратора (ФИО), действующего на основании доверенности б/н от 02.08.2021 г., обязуется оказать, а (ФИО), именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, обязуется принять и оплатить следующие медицинские услуги на условиях Договора № 418 от 16 января 2023г.:

ПЕРЕЧЕНЬ медицинских услуг, оказываемых Потребителю*

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость, руб	Сумма, руб

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

Итого:				

<p>Исполнитель: ОБУЗ "Курский онкологический научно-клинический центр им. Г.Е. Островерхова" комитета здравоохранения Курской области 305524, Курская область, Курский район, х. Кислино, ул. Елисеева, д. 1 Тел. 73-19-20 ОГРН: 1024600961230 Администратор ФИО. _____</p>	<p>Потребитель: ФИО _____ Паспортные данные: _____ Адрес: _____ Тел. – _____ Подпись _____</p>
---	--

м. п.

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.

* Применяется сторонами, и Приложения являются частью Договора при выполнении пациенту вмешательств по маммопластике.