

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ № _____

С.Юсьва

« _____ » _____ 2018 года

КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района, именуемый в дальнейшем "Исполнитель", в лице **директора Евсиной Антонины Васильевны** действующей на основании Устава и _____, именуемый в дальнейшем «Клиент» заключили настоящий договор о нижеследующем:

ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЕТА

1 "Исполнитель" берет на себя обязательство оказать услуги (ребенку _____) надлежащего качества в следующем объеме:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

1.1. Приблизительная стоимость услуг по договору в соответствии с предварительным планом лечения согласно прейскуранту Исполнителя составляет _____ рублей.

1.2. Указанная в п.1.1 сумма является предварительной. Окончательная стоимость определяется после окончания лечения в соответствии с прейскурантом Исполнителя и фактическим объемом оказанных Заказчику услуг.

1.3. Оплата Услуг производится наличными денежными средствами в кассу *Исполнителя* с выдачей кассового чека.

2. Условия оказания Услуг:

- согласие *Потребителя* на обработку его персональных данных *Исполнителем* в объеме, необходимом для исполнения настоящего договора;
- наличие информированного добровольного согласия *Потребителя* на медицинское вмешательство, данное в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- *Исполнитель* обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. Претензии по ненадлежащему исполнению платной медицинской услуги от "Клиента" принимаются в течение 3 дней в письменной форме.

2. При неудовлетворённости оказанной медицинской услугой, "Клиент" вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.

3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течении суток рассмотреть заявление и в случае необходимости принять меры:

- назначить новый срок оказания услуги;
- уменьшить стоимость предоставленной услуги;
- определить другого специалиста для исполнения услуги;
- возместить убытки "Клиенту"

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН: _____ / _____ /

Исполнитель

Клиент _____

КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района
ИНН 8102001939 КПП 810201001
Юр.адрес: 619170 с.Юсьва, ул. Дружбы 35/1 Пермского края

Паспорт; _____ № _____

Проживающий по адресу: _____

Директор: _____

А.В.Евсина _____

Подпись: _____ / _____ /

Согласие на обработку персональных данных

(в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ « О персональных данных»)

Я, _____
(Ф.И.О.)

Паспорт _____, выдан _____
(Серия, номер, когда и кем выдан;

Адрес проживания _____

Даю согласие на обработку своих персональных данных:

Фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического места жительства; паспортные данные: а) вид документа; б) серия и номер документа; в) наименование органа, выдавшего документ; г) дата выдачи документа; пол.

Обработка персональных данных осуществляется без использования средств автоматизации.

КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района обязуется использовать данные исключительно для перечисленных выше целей.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Настоящее согласие может быть отозвано по письменному заявлению законного представителя.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле.

(Дата заполнения)

(Личная подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(Ф.И.О.)

Паспорт _____, выдан _____
(Серия, номер, когда и кем выдан;

Адрес проживания _____

Информирован и добровольно даю свое согласие на проведение мне следующих видов медицинских вмешательств:

- 1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 2.Антропометрические исследования
- 3.Термометрия
- 4.Тонометрия
- 5.Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
- 6.Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
- 7.Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
- 8;Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно.
- 9.Медицинский массаж
- 10.Лечебная физкультура
- 11.Физиотерапия

(Дата заполнения)

(Личная подпись)