ДОГОВОР №_____

с.Юсьва «____»_____ 2015г.

Медицинское учреждение **КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района**, именуемое в дальнейшем **"Исполнитель",**
в лице **Директор Евсиной Антонины Васильевны,**
(Ф., И., О.)
действующего на основании **Устава** и
"Потребитель» _____
заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЁМ УСЛУГ, ПОРЯДОК РАСЧЁТА

«Исполнитель» берёт на себя обязательство оказать медицинскую помощь надлежащего качества

- выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений.

в следующем объёме:

№ п/п	Наименование услуг	Кол-во	Цена по прейсу ранту	Итого сумма к оплате
1	Массаж			
2	ЛФК			
3	Парафин			
4	Электрофарез			
5	Вибромассажный стол			
6	Ванны			
7				
8				
9				
10	Прием врача			
11	ИТОГО			

1.2. "Потребитель" _____
(ФИ.О.)

обязан: - оплатить стоимость предоставляемой медицинской услуги;

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

1. Претензии по надлежащему исполнению платной медицинской услуги от "Потребителя" принимаются в течение трех дней в письменной форме.
2. При неудовлетворённости оказанной медицинской услугой, "Потребитель" вправе обратиться к лицу, ответственному за лечебную работу в данном учреждении.
3. Лицо, ответственное за лечебную работу, обязано в течение 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 "Потребителю".
4. В случае неудовлетворённости "Потребителя" решением лица, ответственного за лечебную работу, претензии и споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с Законом Российской Федерации "О защите прав потребителя".
5. При лечении осложненных форм кариеса могут возникнуть обострения и осложнения, о чем пациент предупрежден.

С УСЛОВИЯМИ ДОГОВОРА СОГЛАСЕН:

"Исполнитель" **"Потребитель"**

ФИО ФЛ _____._____

КГАУСОН РЦДПОВ Юсьвинского района с.Юсьва, ул.Челюскинцев 23
ИНН 8102001939 КПП 810201001

Паспорт серия_____№_____

Адрес

Директор _____ А.В.Евсина

М.П

Подпись _____

А К Т

_Услуги выполнены в полном объеме и в срок

Услуги оплачены. Претензий нет.

"Потребитель" _____ подпись, "____" _____ 200 __ г.

Примечание: Договор составляется в двух экземплярах, один из которых хранится у "Потребителя".