**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

пгт. Камские Поляны «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Камско-Полянская районная больница», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лицеглавного врача Абдрахимовой Лилии Фаритовны, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 08.08.2016г. № ЛО-16-01-005312, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, адрес: г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, тел. (843) 231-79-98 (перечень работ (услуг) прилагается), выписка из Единого государственного реестра юридических лиц от 07.04.2016г. №683А/2016, выдана Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 11 по Республике Татарстан, с одной стороны и заказчиком

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик»,с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые совместно «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя, в соответствии с прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), а Заказчик обязуется своевременно оплатить медицинские услуги в порядке и размере, установленными настоящим договором.

1.2Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его в доступной форме 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.

Подписав настоящий договор, Заказчик добровольно согласился на оказание ему указанных в п. 2.1.1 договора медицинских услуг на платной основе.

1.3При заключении договора Заказчику предоставлена в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

А)порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

Б)информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

В)информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисками, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Г)другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4Срок оказания медицинских услуг с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.5.До заключения договора Заказчик уведомлен 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Потребителя Заказчика)

2. Права и обязанности Сторон

2.1Исполнитель обязуется:

2.1.1.Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг (Приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.2.Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3.Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

2.1.4.Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5.Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

2.1.6.Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Заказчику медицинских услуг, а также денежных средств, полученных от Заказчика.

2.1.7.Немедленно известить Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.8.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика.

Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9.В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.10.Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.11.Обеспечить Потребителю или его законному представителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья Потребителя, и выдать по письменному требованию Потребителя или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя.

2.2.Исполнитель имеет право:

2.2.1.При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2.Требовать от Заказчика соблюдения Потребителем:

-графика прохождения процедур;

-режима при приеме лекарственных препаратов;

-назначений, рекомендаций специалистов;

-лечебно-охранительного режима;

-правил внутреннего распорядка учреждения;

-правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.3Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка учреждения, рекомендаций и назначений специалистов, нарушении режима работы учреждения.

2.2.4Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

2.3.Заказчик обязуется:

2.3.1.Оплатить медицинские услуги согласно Прейскуранту в размере 100 % и сроки, установленные настоящим договором.

2.3.2Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований Потребителя и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья Потребителя, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3.Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4.Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5.Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употреблению любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.4.Заказчик имеет право:

2.4.1.Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2.Потребитель или его законный представитель вправе в доступной форме получить информацию и данные о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования и анализов, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, знакомиться с протоколами консилиумов и т.д.

3. Перечень оказываемых услуг, стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1.Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п. 2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом и (или) сметой платных медицинских услуг и составляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(сумма цифрами и прописью)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.8 настоящего договора их стоимость определяется по прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

Перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре в разделе 8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон.

3.2.Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком.

3.3.При прекращении оказания медицинских услуг по инициативе Заказчика, Заказчику возвращается часть уплаченной им суммы за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов по настоящему договору.

3.4.Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | **Наименование платной медицинской услуги** | **Стоимость,**  **руб.** |
|  |  |  |
| *Итог* | | Итого |

4. Ответственность Сторон

4.1.В случае предоставления Заказчику медицинской услуги ненадлежащего качества по причинам, не попадающим под действие п. 3.5 настоящего договора, либо в ненадлежащий срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

4.2.Заказчик имеет право требовать в установленном порядке от Исполнителя возмещения ущерба, нанесенного Заказчику по вине Исполнителя. Во всех остальных случаях, не предусмотренных настоящим договором, ответственность Сторон наступает в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3.При неисполнении Заказчиком своих обязательств по настоящему договору Исполнитель не несет ответственности за качество предоставленных услуг.

5. Конфиденциальность

5.1.Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6. Срок действия договора и условия прекращения договора

6.1.Настоящий договор считается заключенным с момента его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2.Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1.По письменному соглашению Сторон. При этом Заказчику возвращается часть уплаченной им за медицинские услуги суммы за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов по настоящему договору.

6.2.2.В одностороннем порядке по инициативе Заказчика путем подачи письменного заявления на имя руководителя учреждения. При этом Заказчику возвращается часть уплаченной им за медицинские услуги суммы за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов по настоящему договору.

6.2.3.В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских  
услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика. При этом Заказчику возвращается часть уплаченной им за медицинские услуги суммы за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов по настоящему договору.

7. Прочие условия

7.1.Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему договору споры и разногласия путем переговоров. Сторона, считающая, что ее права нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок не позже 10 дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа Сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

7.2.Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.3.Заказчик обязан ознакомится с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг.

8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница»  423564, Республика Татарстан, пгт Камские Поляны, д. 4/06  ИНН/КПП: 1651057873/165101001  ОГРН: 1091651001881  Л/с: ЛАВ31704006-КПолРБол  К/с: 30101810000000000805  Р/с: 40603810300020000284  в ПАО «АК БАРС» Банк г. Казань  БИК 049205805  Тел./факс: (8555) 33-90-03  E-mail: [Kampol.bolnica@tatar.ru](mailto:Kampol.bolnica@tatar.ru)  Главный врач  ГАУЗ «КПРБ» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Абдрахимова Л.Ф. | ЗАКАЗЧИК:  Ф.И.О\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Документ, удостоверяющий личность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

Приложение №1

к Договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПЕРЕЧЕНЬ**

**работ и услуг, которые вправе осуществлять ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница»**

**в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность**

Адрес места осуществления медицинской деятельности: 423564, Республика Татарстан, пгт Камские Поляны, д. 4/06

Выполняемые работы, оказываемые услуги: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, лечебному делу, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, операционному делу, общей практике, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии.

оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии.

оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии.

оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии.

оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндоскопии.

оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, физиотерапии, хирургии, эндоскопии.

проведение медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

проведение медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим.

проведение медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического).

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

Адрес места осуществления медицинской деятельности: 423564, Республика Татарстан, Нижнекамский муниципальный район, пгт.Камские Поляны, д. 4/06.

**Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Фамилия, Имя, Отчество (если имеется), год рождения)

в рамках договора на оказание платных медицинских услуг от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном автономном учреждении здравоохранения «Камско-Полянская районная больница» (далее – ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница»), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я, получив от сотрудников ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница» в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.

Я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница» не несет ответственности за их возникновение.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница».

Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница» и согласен(на) их оплатить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Я ознакомлен(а) с действующим Прейскурантом и согласен(на) оплатить стоимость указанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница».

Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных медицинских услуг в ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница».

Настоящее информированное согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Акт выполненных работ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.**

ГАУЗ «Камско-Полянская районная больница»

Услуга оказана врачом:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Услуга оказана мед.сестрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На основании договора №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г.

Заказчик к исполнителю претензий в отношении оказанных по вышеуказанному договору претензий не имеет.

Исполнитель:Заказчик:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Абдрахимова Л.Ф./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/