

УТВЕРЖДАЮ
генеральный директор – главный врач
_____ А. К. Заикин
26. 12. 2013 г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО

г. Хабаровск

[дата оформления]

Я, гражданин(ка) [фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего] [документ удостоверяющий личность законного представителя] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи], проживающий(ая) по адресу: [адрес], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], дата рождения [дата рождения несовершеннолетнего], [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи] даю обществу с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», его обособленным подразделениям и его группе лиц согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. Настоящее согласие выдано без ограничения срока его действия. Под обработкой персональных данных я понимаю сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение и любые другие действия (операции) с персональными данными. Под персональными данными я понимаю любую информацию, относящуюся ко мне и к персональным данным несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] как к субъектам персональных данных, в том числе фамилию, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное, социальное, имущественное положение, образование, профессия, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация. В процессе оказания медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения. Я предоставляю обществу с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», его обособленным подразделениям и его группе лиц право осуществлять все действия (операции) со своими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Я предоставляю обществу с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», его обособленным подразделениям и его группе лиц обрабатывать мои персональные данные и персональные данные несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление

отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС). Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», его обособленные подразделения и его группа лиц имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными и персональными данными несовершеннолетнего ребенка [*фамилия имя отчество несовершеннолетнего*] персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. С порядком отзыва согласия на обработку персональных данных я ознакомлен(а).

Законный представитель: [подпись]

УТВЕРЖДАЮ
генеральный директор – главный врач
_____ А. К. Заикин
26. 12. 2013 г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Хабаровск

[дата оформления]

Я, гражданин(ка) [*фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего*], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [*фамилия имя отчество несовершеннолетнего*], дата рождения [*дата рождения несовершеннолетнего*], ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Своей подписью я подтверждаю свое желание на получение платных медицинских услуг в данной ООО «Центр семейной медицины».

Законный представитель: [подпись]

УТВЕРЖДАЮ
генеральный директор – главный врач
_____ А. К. Заикин
26. 12. 2013 г.

**УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО О
ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

г. Хабаровск

[дата оформления]

Я, гражданин(ка) [*фамилия имя отчество законного представителя несовершеннолетнего*], действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [*фамилия имя отчество несовершеннолетнего*], дата рождения [*дата рождения несовершеннолетнего*], уведомлена о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № [*номер договора*] от [*дата заключения договора*] между мной, несовершеннолетним ребенком [*фамилия имя несовершеннолетнего*] и обществом с ограниченной ответственностью "Центр семейной медицины" несоблюдение пациентом назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), оказывающего платную медицинскую услугу в соответствии с Приложением №1 к договору на оказание платных медицинских услуг № [*номер договора*] от [*дата заключения договора*], в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследований, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Законный представитель:[подпись]

УТВЕРЖДАЮ
генеральный директор – главный врач
_____ А. К. Заикин
26. 12. 2013 г.

**ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕМУ № [номер договора]**

г. Хабаровск

[дата заключения]

Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», зарегистрированное ФНС (ИНН 2721200296 КПП 272101001), имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-27-01-001354 от 25.12.2013 г., выданную Министерством здравоохранения Хабаровского края, именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице генерального директора - главного врача Заикина Алексея Константиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) [фамилия имя отчество законного представителя], [документ, удостоверяющий личность законного представителя] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи], проживающий(ая) по адресу: [адрес], именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка [фамилия имя отчество несовершеннолетнего], дата рождения [дата рождения несовершеннолетнего], [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи], именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствии с Приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии лицензией № ЛО-27-01-001354 от 25.12.2013 г., выданной Министерством здравоохранения Хабаровского края, в соответствии с которой исполнителю разрешены следующие виды медицинской деятельности: при оказании первичной, доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей практике, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностики; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, гематологии, детской онкологии, детской эндокринологии, диabetологии, диетологии, кардиологии, нефрологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, пульманологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам

(предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предменным, послесменным); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться действующие на территории Российской Федерации стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи.

1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, указанными в приложении №1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификация данных специалистов доведена до сведения Пациента.

1.4. Подписывая настоящий договор Пациент 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.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются [дата оказания услуг].

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя

Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Заказчику направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств.

4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствие с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта.

4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Заказчику или Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг. 4.1.7. 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.

4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.9. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.10. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя 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".

4.1.11. Предоставить Заказчику (Пациенту, в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в доступной форме 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.

Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Права и обязанности Заказчика и Пациента:

Заказчик обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. 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 является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.

Заказчик имеет право:

4.2.3. Представлять интересы пациента при оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

4.2.4. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

Пациент обязан:

4.2.5. 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. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.6. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.7. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом.

Пациент имеет право:

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

4.2.9. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в соответствии с Федеральным законом, от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Заказчик имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством. 5.3. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки. 5.5. За нарушение Пациентом рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Заказчик обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением. 6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. 6.3. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в

Хабаровском крае в текущем году) на безвозмездной основе. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о заболевании (диагнозе) Пациента, современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

7.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

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

7.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

7.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

7.6. Стороны договорились об использовании факсимильного изображения подписи лица, заключающего настоящий договор от имени Исполнителя в настоящем договоре, и его приложениях (сметах на оказание платных медицинских услуг и актах об оказании платных медицинских услуг).

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», г. Хабаровск, ул. Гайдара 13, тел. 47-00-74

Главный врач [факсимильное изображение подписи] А. К. Заикин
м.п.

Заказчик: [фамилия имя отчество законного представителя]

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность законного представителя] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон: [телефон]

Подпись [подпись]

Пациент: [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет):

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон [телефон]

Подпись [подпись]

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 к Договору на оказание платных медицинских услуг № [номер договора]
от [дата заключения договора]**

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ СМЕТА на оказание платных медицинских услуг

[Перечень медицинских услуг по форме:

название медицинской услуги ; дата оказания ; данные об образовании и квалификации исполнителя ; стоимость

Перечень лекарственных препаратов, медицинских материалов и /или медицинских изделий используемых при оказании услуг:

название лекарственного препарата / медицинского материала / медицинского изделия, единица измерения, количество, стоимость]

Все услуги будут оказаны Исполнителем [дата оказания услуг].

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины», г. Хабаровск, ул. Гайдара 13, тел. 47-00-74

Главный врач [факсимильное изображение подписи] А. К. Заикин

м.п.

Заказчик: [фамилия имя отчество законного представителя]

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность законного представителя] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон: [телефон]

Подпись [подпись]

Пациент: [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет):

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии [0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон [телефон]

Подпись [подпись]

**ПРИЛОЖЕНИЕ № 2 к Договору на оказание платных медицинских услуг № [номер договора]
от [дата заключения договора]**

АКТ

г. Хабаровск

[дата составления]

Исполнитель и Пациент в соответствии с Договором составили настоящий акт о том, что исполнителем оказаны следующие услуги:

[Перечень оказанных медицинских услуг по форме:
название медицинской услуги ; дата оказания ; стоимость

**Перечень использованных лекарственных препаратов, медицинских материалов и /или
медицинских изделий используемых при оказании услуг:**
*название лекарственного препарата / медицинского материала / медицинского изделия,
единица измерения, количество, стоимость]*

Указанные услуги оказаны надлежащим образом в установленный срок и в соответствии с требованиями Пациента и действующего законодательства. Общая стоимость оказанных услуг, включая налоги, составила [сумма] рублей.

Подписывая настоящий акт Исполнитель и Пациент подтверждают, что не имеют взаимных претензий по обязательствам, указанным в Договоре.

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины»,
г. Хабаровск, ул. Гайдара 13, тел. 47-00-74

Главный врач [факсимильное изображение подписи] А. К. Заикин
м.п.

Заказчик: [фамилия имя отчество законного представителя]

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность законного представителя] серии
[0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон: [телефон]

Подпись [подпись]

Пациент: [фамилия имя отчество несовершеннолетнего] (ставит подпись, если его возраст
старше 15 лет):

Паспортные данные: [документ, удостоверяющий личность несовершеннолетнего] серии
[0000] номер [000000] выдан [место выдачи, дата выдачи]

Адрес: [адрес], Телефон [телефон]

Подпись [подпись]