

**Договор возмездного оказания медицинских услуг № 2995**

 **«21» апреля 2022 г. г. Горячий Ключ**

**ООО «Перфект клиник»,** в лице Генерального директора Никоноровой Ольги Сергеевны, действующей на основании Устава, свидетельства о государственной регистрации юридического лица серии 23 № 008577059 от 23.04.2012г. МИФНС №9 по Краснодарскому краю, ОГРН №1122368000754 и лицензии № ЛО-23-01-006519, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края ( [Россия, Краснодар, ул. Коммунаров, 276](https://yandex.ru/maps/?source=adrsnip&text=%D0%9C%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE%D0%BC%20%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%9A%D1%80%D0%B0%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%8F&sll=38.985299%2C45.051224&ol=biz&oid=1010827149&z=14&ll=38.985299%2C45.051224), тел. +7 (861) 992-52-91) от 1ноября 2013г. на осуществление медицинской деятельности по перечню работ (услуг): при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. Место оказания услуг: Россия, Краснодарский край, г.Горячий Ключ, ул. Объездная, д.2, корп.А, офис 2, далее именуемый «Исполнитель», с одной стороны, и

|  |
| --- |
| **Иванов Иван Иванович** |
|  |

далее именуемый «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с выполняемым планом лечения, согласованным между сторонами, который является неотъемлемой частью данного договора. Перечень возможных услуг устанавливается после постановки диагноза.

1.2 Заказчик оплачивает оказанные медицинские услуги. Точно исполняет назначения и указания представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу).

**2. СТОИМОСТЬ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным руководителем Исполнителя. С действующим прейскурантом Заказчик может ознакомиться на стойках регистратуры Исполнителя. Общая сумма договора будет соответствовать сумме оказанных медицинских услуг.

2.2.Оплата производится наличными через кассу Исполнителя, либо через электронный терминал оплаты, либо перечислением на основании счета на расчетный счет Исполнителя.

2.3. Оплата стоимости оказанных услуг производится Заказчиком при терапевтических и хирургических видах работ непосредственно после оказания услуги, а при ортопедических видах работ - сначала вносится 50% предоплаты и только по окончании работ оставшаяся часть стоимости.

2.4. Услуги могут быть оплачены третьей стороной (по указанию Заказчика).

2.5. При заключении Договора пациент, по желанию, может заранее оплатить услуги в полном объеме или внести аванс.

**3. УСЛОВИЯ, СРОКИ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1 Предоставление услуг по настоящему Договору производится в порядке предварительной записи Заказчика на прием согласно графику работы Исполнителя.

3.2. Качество услуг должно соответствовать условиям договора, требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, оформленного в порядке, установленном законодательством РФ.

3.3 Сроки лечения устанавливаются индивидуально в зависимости от плана лечения, а так же на основании диагноза пациента и варьируются в следующих пределах:

* кариес 1 единица – 1 посещение;
* пульпит 1 единица – (1-2 посещения);
* периодонтит 1 единица – (2-3 посещения);
* гигиена полости рта – (1 посещение);
* удаление 1 единица – (1 посещение);
* операция по аугментации кости – (1 посещение);
* операция имплантации – (1 посещение);
* протезирование – (3-4 посещения);
* ортодонтическое лечение – 1,5-2 года

3.3.1. Срок оказания услуг может быть изменен по соглашению сторон. Согласием Заказчика на изменение срока оказания услуг Исполнителем является получение услуги и/или посещение специалиста Исполнителя в иной срок, согласованный с Исполнителем. Согласием Исполнителя на изменение срока оказания услуг является предварительная запись Заказчика или непосредственное оказание услуги.

3.4. В случае выявления в процессе оказания услуг необходимости проведения дополнительных обследований, диагностики, лечения, Исполнитель сообщает об этом Заказчику. При наличии возможности оказания соответствующих услуг Исполнителем, и согласия Заказчика получить и оплатить дополнительные услуги у Исполнителя, стороны действуют в соответствии с п. 3.3.1. В случае отсутствия возможности оказания дополнительных услуг Исполнителем или отказа Заказчика от проведения дополнительного обследования или лечения, оказание услуг, продолжение которых невозможно без проведения дополнительного обследования и/или лечения Заказчика, приостанавливается до прохождения Заказчиком необходимых обследований и лечения или до получения от Заказчика заявления об отказе от услуги. В случае, получения от Заказчика заявления об отказе от услуги, исполнитель обязан вернуть Заказчику стоимость не оказанных услуг, за вычетом понесенных расходов.

3.5. После оказания услуг Исполнитель предоставляет Заказчику информацию в виде счет-квитанции, содержащей данные о проведенном обследовании, лечении, стоимости услуг. Выдача Заказчику указанного документа является подтверждением оказания услуг и их оплаты.

**4.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**4.1.Исполнитель обязуется:**

4.1.1. Провести качественное обследование полости рта Пациента**,** а в случае необходимости, предложить пройти дополнительные консультации и обследования у специалистов иного медицинского профиля с целью уточнения диагноза, правильного выбора материалов и методик лечения или протезирования.

4.1.2. Предоставить Пациенту полную и достоверную информацию:

* о состоянии полости рта
* о сущности рекомендуемых в его случае методик лечения, протезирования, операций, медикаментов, материалов
* о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе лечения и после в связи с его медицинской спецификой, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области Пациента, а также общим состоянием его здоровья.

4.1.3.Осуществить, в соответствии с предварительным диагнозом и планом лечения, внесенным в медицинскую карту Заказчика, квалифицированное стоматологическое лечение Заказчика.

4.1.4. Исполнитель обязан предоставить услуги в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи, качественно и в срок.

4.1.5. При оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, медоборудование, лекарственные средства, стоматологические материалы, разрешенные к применению на территории РФ в установленном законом порядке.

4.1.6. Обеспечить Заказчика информацией об условиях и порядке оказания ему медицинских услуг, возможных осложнениях и прогнозе.

4.1.7. Обеспечить Заказчику непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика их копии.

4.1.7. Соблюдать конфиденциальность согласно законодательству РФ.

4.1.8. Обеспечить качество стоматологических услуг:

* с учетом медицинских показаний,
* с предоставлением высокого уровня обслуживания,
* в случае, если пациент настаивает на варианте лечения, который может ему навредить или не даст ожидаемых результатов, врач имеет право отказаться проводить лечение по соображениям медицинской этики (Этический кодекс российского врача. Утвержден 4-ой Конференцией Ассоциации врачей России, Москва, Россия, ноябрь 1994, ст. 7).

**4.2. Исполнитель имеет право:**

4.2.1. Исполнитель вправе отказаться от лечения Заказчика, в случаях несоблюдения Заказчиком предписаний или правил внутреннего распорядка ООО «Перфект клиник».

4.2.2. При необходимости направлять Заказчика для дополнительного обследования и лечения в другие медицинские учреждения.

**4.3.Заказчик обязуется:**

4.3.1. Являться на прием к Исполнителю в установленное время.

4.3.2. Выполнять все медицинские назначения и рекомендации Исполнителя.

3.3.3. До оказания услуги информировать представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) о наличии текущих и перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях. По требованию представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) представлять необходимые документы для обследования полости рта.

4.3.4. Своевременно производить оплату услуг, предоставленных Исполнителем, в порядке, предусмотренном в настоящем Договоре.

4.3.5. При отказе Заказчика от дальнейшего выполнения Исполнителем медицинской услуги, а также невозможности ее завершения по причине несоблюдения Заказчиком обязанностей настоящего договора или вследствие осложнений, препятствующих ее завершение, оплатить фактически выполненную часть данной услуги.

4.3.6. Своевременно посещать лечебные, контрольные и последующие профилактические приемы, а в случае невозможности явки по уважительной причине, предупредить об этом Исполнителя заблаговременно, за 24 часа до назначенного времени.

4.3.7. Ознакомиться с Положением о гарантиях на стоматологические услуги Исполнителя.

4.3.8. Удостоверить личной подписью следующее:

 - согласие на использование его данных для обобщения в научных целях и статистической обработки (пациент имеет право в любое время отозвать такое согласия, написав соответствующее заявление, клиника обязана прекратить предавать данные о пациенте соответствующим инстанциям);

 - информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;

 - сообщенные сведения о своем здоровье;

 - факт ознакомления с комплексным планом лечения;

4.3.9. Проводить начатое конкретное лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно с тем же в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

**4.4. Заказчик имеет право:**

4.4.1.Выбрать, заменить лечащего врача в процессе лечения;

4.4.2. Отказаться от услуг Исполнителя на любом этапе при условии полной оплаты выполненных Исполнителем услуг.

4.4.3. Знакомиться с записями в медицинской карте, при необходимости получать копии.

4.4.4. Получать в доступной для него форме имеющуюся у Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске и осложнениях, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.4.5. Договариваться с Исполнителем о переносе назначенного приема на другое время.

**5. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

В соответствии со ст.20 ФЗ №323 от 21.11.2011г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Заказчик информируется о состоянии здоровья, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, методах обезболивания, возможных осложнениях обезболивания и лечения.

5.1. При проведении местного обезболивания возможны общие осложнения: обморок, коллапс (падение артериального давления, сопровождающееся слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, потерей сознания). Значительно реже встречаются аллергические реакции на местные анестетики: кожные проявления (кожный зуд, покраснения, высыпания), отек гортани (затруднение дыхания), отек квинке (отек губ), анафилактический шок (резкое падение артериального давления, отек гортани, отек легких, сердечно-сосудистая недостаточность). В тяжелых случаях анафилактический шок может привести к смертельному исходу. При лечении аллергических реакций требуются срочные мероприятия (введение противоаллергических, сердечно-сосудистых препаратов, гормонов; при отеке гортани – трахеостомия. Полностью исключить вероятность аллергических реакций невозможно, но для их предупреждения необходимо сообщить о всех случаях аллергии. Местные осложнения обезболивания: травматизация сосудов (гематома), мышечных волокон (болезненное открывание рта) и нервных окончаний (онемение, жжение, боль), временный парез глазодвигательного нерва (ощущение двоения). При лечении этих осложнений может понадобиться дополнительное лечение.

5.2. При протезировании полости рта может потребоваться удаление пульпы («нерва») из опорного зуба, восстановление высоты прикуса, сниженной вследствие потери и стираемости зубов. При препарировании зубов возможны болевые ощущения в них, травматизация окружающих их мягких тканей. После препарирования возможны болевые ощущения от температурных, химических и механических раздражителей. После протезирования зубов возможны следующие осложнения: ощущение дискомфорта; отечность десны в области протезов; обострение хронического инфекционного процесса (пародонтита, периодонтита) опорных зубов; возникновение «гальванизма» (проявляется болями, чувством «жжения» в области языка, металлическим привкусом). Описаны случаи аллергии на пластмассу и металлические сплавы зубных протезов. Возможны переломы съемных пластмассовых протезов. Для купирования этих осложнений может потребоваться лечение десен, лечение зуба через коронку, хирургическое вмешательство, или даже удаление зубного протеза. Адаптация к съемным протезам может занимать несколько месяцев и потребовать до десяти коррекций.

**6.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1.За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6.2.  Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате неисполнения или не надлежащего исполнения требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Исполнитель не несет ответственность за результат оказанных услуг в случае не выполнения Заказчиком рекомендаций и требований представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу).

**7. ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

7.1 Договор может быть расторгнут досрочно в порядке и случаях, предусмотренных законодательством РФ и настоящим договором. В случае получения от Заказчика заявления об отказе от услуги Исполнитель обязан вернуть Заказчику стоимость оплаченных, но не оказанных на момент получения заявления услуг, за вычетом понесенных расходов. Предоставленную Исполнителем медицинскую услугу Заказчик обязан оплатить в сроки и в порядке, которые определены договором. Заказчик не вправе отказаться от оплаты оказанных услуг, предусмотренных Договором.

7.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения консилиума врачей в случае необходимости, в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

**8.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью штампа – аналога собственноручной подписи.

8.3. Неотъемлемой частью настоящего договора являются:

 • амбулаторная карта Пациента (существует в единственном экземпляре, хранится в клинике),

 • информированное добровольное согласие (информированные добровольные согласия) на медицинское вмешательство (хранятся в амбулаторной карте пациента),

 • рентгеновские снимки зубов и челюстно-лицевой области пациента, выполненные Исполнителем (хранятся в амбулаторной карте пациента, копии могут выдаваться по письменному запросу пациента и с разрешения лечащего врача и главного врача).

8.4. Подписывая данный договор, Заказчик дает свое согласие на фотографирование, понимая, что эти фотографии останутся собственностью Центра. Заказчику разъяснено, что при любом последующем использовании клиникой данных фотографий его имя не будет упомянуто.

8.5. Подписывая данный договор, Заказчик, дает свое согласие на обработку личных персональных данных (паспортные данные, данные о фактическом месте жительства, данные о здоровье, иные данные) и проведения медицинского осмотра. Цель обработки: осуществление медицинского лечебно-диагностического процесса. Заказчик дает свое согласие на сбор, систематизацию, накопление, уточнение, использование, блокирование и уничтожение персональных данных.

( Согласно:Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»)

8.6. Исполнитель обязуется обеспечить конфиденциальность информации о персональных данных Заказчика, а так же хранить тайну о сведениях, о состоянии здоровья Заказчика. Конфиденциальная информация о персональных данных и о состоянии здоровья Заказчика может быть предоставлена законным представителям, а так же в случаях предусмотренных законодательством.

8.7. Заказчик подтверждает, что данный документ был тщательно прочитан, разъяснено и понятно его содержание. Так же, памятка о рекомендуемом поведении в послепроцедурный период получена, прочитана, разъяснена и понятна. Заказчик получил в письменном виде рекомендации после лечения.

8.8. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой Стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

8.9. Срок окончания действия договора установлен как дата окончания лечения пациента.

8.9.Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**8.АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН**

**Исполнитель Заказчик**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Иванов Иван Иванович, 11.06.1984 г.р. |
| ООО «Перфект клиник»353290, Краснодарский край,г.Горячий Ключ, ул.Объездная 2А,офис 2ИНН 2305027890, КПП 230501001р/с 40702810130300003703Отделение №8619 Сбербанка России (ПАО) г.КраснодарБИК 040349602, тел.:8(86159)3-60-69 | Паспорт: 0000 № 000000Выдан: Отделением УФМС России по Краснодарскому краю в гор. Горячий Ключ, 00.00.2000 г.Адрес: г. Горячий Ключ, ул. Ленинател. 8-913-000-00-00 |
|  Обл. |  |

 Генеральный директор ООО «Перфект клиник» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.С. Никонорова (подпись)

**Приложение №1 к договору «О возмездном оказании медицинских услуг» №2995**

**от 21 апреля 2022 г.**

***ООО «Перфект клиник» - медицинское учреждение, где работают высококвалифицированные специалисты, используются современные методики диагностики и лечения, применяются новейшие технологии и материалы, соблюдаются нормы санитарно-эпидемиологического режима. На оказанные в клинике медицинские услуги существуют гарантийные обязательства.***

Заказчик вправе предъявлять требования, связанные с недостатками выполненной работы (оказанной услуги), если они обнаружены в течение гарантийного срока.

 1. Заказчик при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной услуги) вправе по своему выбору потребовать:

безвозмездного устранения недостатков выполненной работы (оказанной услуги);

соответствующего уменьшения цены выполненной работы (оказанной услуги);

 Претензии Заказчика рассматриваются Исполнителем в сроки и порядке установленные законодательством РФ.

**1. Сроки действия гарантийных обязательств:**

* 1. На эстетическую реставрацию (постановку пломбы) – 1 год.
	2. На несъемные зубные протезы (коронки, виниры, вкладки, мостовидные протезы) – 1 год.
	3. На съемные зубные протезы (пластиночные, бюгельные, нейлоновые) – 1 год (без учета перебазировки и необходимой коррекции протеза).
	4. На установку имплантатов – 1 год с момента изготовления окончательной конструкции (в случае прохождения ортопедического лечения в другой клинике, ООО «Перфект клиник» не несет гарантийных обязательств).

-В случае отторжения (удаления) имплантата до начала этапа протезирования повторная имплантация в этой области будет проведена бесплатно для пациента.

-В случае отторжения (**удаления**) имплантата и отказе пациента от повторной операции денежные средства не возвращаются.

-В случае отторжения (удаления) имплантата и не возможности повторной операции, проводится альтернативное протезирование, при этом клиника компенсирует часть его стоимости в сумме, равной 50% от стоимости, оплаченной первоначально за операцию по установке имплантата.

**2.Гарантийные обязательства сохраняются при соблюдении пациентом следующих условий:**

2.1 Если в период гарантийного срока у пациента не возникнут заболевания внутренних органов, а также изменения физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению в зубах и окружающих их тканях.

2.2 Гарантийный срок и срок службы на проведенное лечение и протезирование сохраняются при условии, если пациент выполняет весь план лечения, согласованный с врачом.

2.3 Если пациент проходит бесплатные профилактические осмотры у Исполнителя раз в полгода или чаще (в зависимости от клинической ситуации).

2.4 Если пациент соблюдает гигиену полости рта в соответствии с рекомендациями врача.

2.5 Если пациент проводит коррекцию работы, выполненной Исполнителем, только в его клинике(ах);

2.6 Если пациент обращается в клинику(и) Исполнителя в случае дискомфорта или нарушений в области проведенного лечения.

2.7 Если пациент предоставляет выписку из медицинской карты и рентгеновские снимков из других лечебно-профилактических учреждений, в случае обращения к ним за неотложной стоматологической помощью.

2.8 Если конкретное лечение пациент проводит только у Исполнителя и не лечит одновременно то же самое в другой клинике.

**3. Гарантийные обязательства снимаются:**

3.1 В случае невыполнения пациентом вышестоящих условий: (п.2)

3.2 В случае отказа пациента от соблюдения плана комплексного лечения (о чем делается запись в медицинской карте).

3.3 В случае возникновения у пациента заболеваний и/или приема лекарственных препаратов, которые напрямую или косвенно могут привести к изменению состояния зубов и окружающих тканей.

**4. Временные рамки гарантийных обязательств устанавливаются индивидуально при лечении пульпитов и периодонтитов в зависимости от клинической ситуации в полости рта, о чем делается запись в истории болезни пациента.**

**Генеральный директор**

**ООО «Перфект клиник» Заказчик**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.С. Никонорова \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Иванов Иван Иванович**

**Согласие на оказание платной медицинской услуги:**

**Я(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**проинформирован Исполнителем о возможности получения медицинской услуги без взимания платы в государственных медицинских учреждениях, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мне подробно объяснили особенности оказания медицинской услуги, ознакомили со стоимостью услуги. Я понял вышеизложенное. Даю добровольное согласие на оказание медицинской услуги за плату.

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

**Уведомление Заказчика:**

Я**(ФИО)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уведомлен Исполнителем 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 Заказчика.

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)