

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г. Тверь  
ООО "Тверской Лабораторный Центр" в лице кассира-администратора \_\_\_\_\_ действующего на основании доверенности № 7 от 28.01.2018 и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-69-01-002205 от 25.06.2018 г., выданной Министерством Здравоохранения Тверской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_ (ФИО), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, в соответствии с

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ года рождения Ф.И.О. именуемого(й) в дальнейшем «Несовершеннолетний ребенок» с другой стороны, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Общие положения**

1.1. Термины и определения, используемые в настоящем договоре, будут иметь значения, как указаны ниже:

1.1.1. Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств договоров добровольного медицинского страхования;

1.1.2. Потребитель – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации».

1.1.3. Заказчик-физическое(юридическое) лицо, заказывающее(приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

1.1.4. Исполнитель – медицинская организация (клиника KDLAB( ООО «ТверьЛаб»)), предоставляющая платные медицинские услуги;

1.1.5. Медицинская организация – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

1.1.6. Медицинский работник – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации (клиника KDLAB( ООО «ТверьЛаб»)) и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

1.1.7. Лицензия – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности.

1.2. Данный договор является публичным договором – офертой и содержит все существенные условия оказания платных медицинских услуг населению по забору биологического материала на лабораторные исследования, а также оказание медицинских 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: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской эндокринологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пульмонологии, сурдологии-оториноларингологии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии, детской эндокринологии, хирургии, кардиологии, детской кардиологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, травматологии и ортопедии. При проведении медицинских осмотров в медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.2. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий настоящего Договора является осуществление Потребителем действий по выполнению его условий, в частности подпись Договора и оплата услуг.

**2. Предмет договора**

2.1. Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию Потребителю платных медицинских услуг по забору биологического материала на лабораторные исследования, а также оказание медицинских 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: акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской эндокринологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пульмонологии, сурдологии-оториноларингологии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии, детской эндокринологии, хирургии, кардиологии, детской кардиологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, травматологии и ортопедии. При проведении медицинских осмотров в медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим на момент оказания услуг преискурantom Исполнителя, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2.2. Наименование (перечень) оказываемых в рамках настоящего договора платных медицинских услуг, их стоимость, а также срок предоставления услуг указаны в Приложении № 1 к настоящему Договору и на сайте [www.kdlvet.ru](http://www.kdlvet.ru).

2.3. Оплата медицинских услуг Исполнителя производится Потребителем в порядке 100% оплаты при подписании с Потребителем договора и/или акта выполненных работ на оказание платных медицинских услуг или получении Потребителем медицинского заключения с указанием даты проведения медицинской услуги. При оплате медицинских услуг наличными денежными средствами в рублях РФ в кассу Исполнителя или путем безналичного расчета после оплаты услуг Потребителем Исполнитель выдает Потребителю кассовый чек.

**3. Порядок и сроки оказания услуг**

3.1. Медицинские услуги оказываются по утвержденным стандартам и соответствуют методам диагностики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Медицинские услуги оказываются с использованием расходных материалов Исполнителя, изделий медицинского назначения Исполнителя, а также с использованием медицинского оборудования Исполнителя, предусмотренных и разрешенных законодательством РФ. Об отдельных консультациях или медицинских вмешательствах могут проводиться в объеме превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2. При заключении настоящего договора Потребителю предоставляется в доступной форме (посредством размещения в сети интернет, а также на информационных стендах и иных доступных для пациентов местах в медицинском офисе Исполнителя и сайте [www.kdlvet.ru](http://www.kdlvet.ru)) 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. Подписание настоящего договора Потребитель подтверждает, что ему предоставлена вся вышеуказанная информация.

3.3. Потребитель настоящим подтверждает, что до заключения договора был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного плана и режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Потребитель также ознакомлен и проинформирован (в том числе лечащим врачом при его наличии) о возможности получения бесплатной медицинской помощи в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. Потребителю разъяснена возможность проведения медицинского вмешательства на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Срок предоставления медицинских услуг зависит от характера, объема и вида услуг, условий подготовки к ним, а также от индивидуальных особенностей Заказчика/Потребителя, возможности посещения Заказчиком/Потребителем Медицинской организации в назначенное время. Подтверждением получения медицинской услуги является запись в амбулаторной карте или выдана заключения по результатам обследования (осмотра) с указанием даты проведения. Подписав настоящий Договор, Заказчик/Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.4. На основании действующего на момент подписания настоящего Договора Преискуранта Исполнителя, Потребитель самостоятельно (либо по назначению лечащего врача при его наличии) устанавливает или фактически перечень лабораторных исследований, которые он желает получить в рамках настоящего Договора. Потребитель подтверждает, что исполнитель не несет никакой ответственности за целесообразность проведения лабораторных исследований, независимо от того, проводятся ли исследования по инициативе самого Потребителя или сторонних врачей.

3.5. Преискурант является официально утвержденным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора. С преискурантом (видами, стоимостью и сроками предоставления услуг) Потребитель вправе ознакомиться в медицинском офисе Исполнителя и сайте [www.kdlvet.ru](http://www.kdlvet.ru). Подписывая настоящий Договор, Заказчик/Потребитель (или его законный представитель) соглашается с тем, что сроки проведения запрашиваемых услуг ему известны и устраивают его.

3.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг по выполненным лабораторным исследованиям требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Без согласия Потребителя исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они могут быть выполнены по желанию Потребителя с дополнительной оплатой по действующему на момент оказания услуг преискуранту Исполнителя.

3.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется 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».

3.8. Исполнитель передает Потребителю результаты исследований в виде бумажного документа на бланке Исполнителя при предъявлении кассового чека, договора на оказание платных медицинских услуг или документа, удостоверяющего личность. При наличии письменного согласия Потребителя возможно предоставление результатов исследований по электронной почте (кроме результатов ВИЧ), а также доверенному лицу.

3.9. При передаче результатов лабораторных исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта, а также доступа к «Личному кабинету» клиента и просмотру результатов online на сайте [www.kdlvet.ru](http://www.kdlvet.ru)) Исполнитель не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Потребитель, принимая такое решение, действует своей волей, в своих интересах и понимает риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Исполнитель также не несет ответственности при неосторожных действиях и/или бездействиях Потребителя, приведших к доступу третьих лиц к конфиденциальной информации.

**4. Права и обязанности сторон**

**Права и Обязанности Исполнителя.**

4.1. Исполнитель обязуется оказывать Потребителю квалифицированные, качественные медицинские услуги. Качество платных медицинских услуг должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида, и условиям настоящего договора.

4.2. Исполнитель гарантирует качественное, полное и своевременное выполнение исследований в соответствии с условиями настоящего Договора и действующим на момент оказания услуг преискурантом.

4.3. Исполнитель обязуется хранить результаты исследований Потребителя в течение неопределенного времени с целью повторного их выдачи Потребителю при необходимости. Результаты исследований Потребителя могут быть уничтожены по его письменному требованию в любой момент.

4.4. Исполнитель вправе увеличивать срок исполнения услуги, если это обусловлено сомнительным результатом или необходимостью подтверждения результата в специализированном учреждении здравоохранения, о чем поставить в известность Потребителя.

4.5. Исполнитель вправе привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору, оставаясь при этом ответственным за действия указанных лиц перед Потребителем, как за свои собственные.

4.6. Исполнитель вправе изменить состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в преискурант.

- Исполнитель вправе отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении у Потребителя противопоказаний.

- Исполнитель вправе требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу и соблюдению им правил внутреннего распорядка медицинского офиса Исполнителя.

- Исполнитель вправе отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг в случае нарушения им условий настоящего договора, а также общественного порядка/и или грубого нарушения общепринятых морально-этических норм по отношению к другим Потребителям или работникам Исполнителя, а также, если Потребитель находится в состоянии алкогольного, наркотического или иного вида опьянения.

**Права и Обязанности Потребителя.**

4.7. Проинформировав Исполнителя и его медицинский персонал до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов и противопоказаниях, обо всех перенесенных и известных ему травмах, операциях, заболеваниях, в том числе Вич-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах, информацией о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иную достоверную информацию, необходимую для качественного предоставления услуг. Кроме того, Потребитель обязан немедленно известить Исполнителя обо всех осложнениях, возникших до, во время, или после оказания медицинских услуг.

4.8. Потребитель обязан своевременно оплатить услуги Исполнителя в полном размере, предусмотренном действующим преискурантом и настоящим Договором.

4.9. Потребитель обязан сообщить все особенности подготовки к лабораторным исследованиям, правила сбора биоматериала и при необходимости его транспортировки. Исполнитель не несет ответственности за результаты лабораторных исследований (в т.ч. некорректные результаты исследований) в случае сдачи биоматериала Потребителем с нарушением указанных правил. Указанные правила доступны для ознакомления Потребителя на сайте Исполнителя: <http://kdlvet.ru>, а также в медицинском офисе Исполнителя. В случае выявления Исполнителем не соответствия требований, предъявляемых к образцам на этапе преанализа (гемолиз, хилез сыворотки крови) Потребителю сообщается данная информация и предлагается повторно сдать биоматериал с соблюдением всех правил подготовки для выдачи корректного результата исследования, срок выполнения исследования по договору будет увеличен, или же договор будет расторгнут по желанию Потребителя, в случае невозможности сообщить данную информацию Потребителю лаборатория оставляет за собой решение о выполнении исследований или расторжении договора.

4.10. В случае если биоматериал доставляется Потребителем самостоятельно, он обязан предоставить его в контейнерах, выданных или приобретенных предварительно у Исполнителя. Исполнитель вправе отказать Потребителю в приеме биоматериала в таре не соответствующей его требованиям. Потребитель уведомлен и выражает согласие с тем, что если в процессе проведения исследований будет выявлено, что биологический материал, предоставленный Потребителем, не соответствует требованиям, предъявляемым к образцам (не соблюдение условия подготовки, сбора, хранения, транспортировки образцов, биологический материал загрязнен или полностью отсутствует, или его количество недостаточно и т.д.) Исполнитель не несет никакой ответственности за проведение исследований; при этом анализ новых (дополнительных) образцов биологического материала проводится за счет Потребителя.

4.11. Потребитель обязан заполнить достоверными сведениями и подписать настоящий договор и свое согласие на обработку персональных данных, а также дать согласие на добровольное медицинское вмешательство. В случае не полного заполнения или отказа от подписания Потребителем указанных документов, Исполнитель вправе приостановить оказание услуги до момента исполнения Потребителем условий настоящего пункта Договора.

4.12. Потребитель имеет право получать консультации по технологии оказания медицинских услуг.

4.13. В случае необходимости Потребитель вправе получить необходимую информацию по выполнению исследования.

4.14. Потребитель вправе отказаться от получения медицинской услуги с расторжением настоящего договора и получить обратно часть оплаченной суммы при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов к моменту расторжения договора.

4.15. Потребитель обязуется выполнять указания сотрудников Исполнителя, а также правила поведения в медицинском офисе Исполнителя, а именно снимать верхнюю одежду, надевать бахилы, соблюдать этику общения с сотрудниками и другими посетителями медицинского офиса и т.д. Контроль соблюдения данного пункта осуществляют представители Исполнителя путем аудио и видео наблюдения.

#### 5. Ответственность сторон

5.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Внесение изменений в настоящий договор возможно только при условии письменного согласия обеих Сторон.

#### 6. Обстоятельства, освобождающие от ответственности

6.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если неисполнение явилось следствием непреодолимой силы, а именно: пожара, стихийных бедствий, эпидемиологической обстановки, военных операций и других независимых от сторон обстоятельств.

#### 7. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), проживающий(ая) по адресу: паспорт № \_\_\_\_\_ выданный (кем и когда) \_\_\_\_\_ действующий(ая) в интересах своего несовершеннолетнего ребенка Ф.И.О. \_\_\_\_\_ г. рождения, даю свое согласие на обработку в ООО "Тверской Лабораторный Центр" (Юридический адрес: г. Тверь ул. Крылова, д.21. Тел. 8 (4822) 736-736) персональных данных Несовершеннолетнего ребенка, к которым относятся:- фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, результаты выполненных медицинских исследований (анализов), другая информация, необходимая для правильного проведения и интерпретации результатов медицинских исследований (анализов), проведения диагностики, медицинских манипуляций, назначения лечения, выдачи листка нетрудоспособности. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу третьим лицам, обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ. Кроме того даю свое согласие на получение уведомлений о новостях, проводимых акциях и специальных предложениях от ООО «Тверьлаб»

по смс /вайбер на номер: \_\_\_\_\_

по электронной почте: \_\_\_\_\_

ООО "Тверской Лабораторный Центр" гарантирует, что обработка моих личных персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ. Я проинформирован, что ООО "Тверской Лабораторный Центр" будет обрабатывать мои персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки.

Одновременно с этим прошу сообщить результаты моих исследований (отметьте нужный вариант):

по электронной почте: \_\_\_\_\_

смс оповещение о готовности результатов на номер: \_\_\_\_\_

доверенному лицу (которому в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья) (Ф.И.О. доверенного лица и телефон) \_\_\_\_\_

При передаче результатов исследований по открытым каналам связи (телефон, электронная почта) ООО "Тверской Лабораторный Центр" не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации. Я, принимая такое решение, понимаю риск возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации.

Данное Согласие дано на неопределенный срок.

Согласие может быть прекращено по моему письменному заявлению.

Я подтверждаю, что, давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

#### 8. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО), действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего ребенка Ф.И.О., 29.04.2014 г. рождения, на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» добровольно даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной

помощи лицом, законным представителем которого я являюсь – Несовершеннолетнего ребенка в ООО "Тверской Лабораторный Центр"

Сотрудником медицинского офиса в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) \_\_\_\_\_

Я предупрежден(а) о возможных побочных осложнениях, которые могут возникнуть во время и после оказания медицинской услуги (гематомы после венопункции, дискомфорт после взятия мазков или проведения ультразвуковой диагностики и т.д.), обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях манипуляций и связанными с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). Кроме того, я предупрежден о том, что взятие биоматериала, проведение лечебно-диагностической манипуляции может быть затруднительно или невозможно осуществить в связи с физиологическим и психоэмоциональным состоянием Потребителя. В указанных случаях я согласен (а) на то, что ход медицинского вмешательства может быть изменен Исполнителем по его усмотрению.

Я имела(а) возможность задать интересующие меня вопросы персоналу медицинского офиса перед медицинским вмешательством. Согласно моей воле, мне даны полные и всесторонние разъяснения о характере, и возможных осложнениях указанных манипуляций, а также о том, что предстоит делать мне (представляемому) во время их проведения.

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Сотрудник медицинского офиса / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Дата оформления: \_\_\_\_\_

#### 9. Заключительные положения.

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. Срок действия договора 12 месяцев с момента его подписания. Договор может быть автоматически продлен по обоюдному согласию сторон при отсутствии возражений каждой из сторон.

#### 10. Адреса и реквизиты сторон

Потребитель \_\_\_\_\_, тел: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Потребитель настоящим подтверждает, что им выполнены (будут выполнены) все необходимые формальности для заключения настоящего Договора, в том числе им на основании п. 1 ст. 26 .

Исполнитель: ООО "Тверской Лабораторный Центр"

Адрес: г. Тверь ул. Крылова, д.21. Тел. 8 (4822) 736-736

ИНН/КПП 6950139837/695001001, ОГРН/ЕГРЮЛ 1116952054878, р/с 40702810593000001590 в Филиал ОАО "УРАЛСИБ" в г. Тверь, к/с 30101810500000000918, БИК 042809918 Лицензия Исполнителя №

ЛО-69-01-001959 от 05.12.2016 г., выдана Министерством Здравоохранения Тверской области Адрес места нахождения органа, выдавшего лицензию: 170100, г.Тверь, ул. Советская, д.23

С перечнем оказываемых услуг согласно указанной лицензии Потребитель вправе ознакомиться на информационном стенде в медицинском Офисе Исполнителя.

Дата: \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /