(касса)

СПЕЦИФИКАЦИЯ № ___
к Публичному предложению ООО «Медси-Нижний»
о заключении Договора оказания платных медицинских услуг (далее – «Договор»)

Город Выкса «___»_____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медси-Нижний» (ООО «Медси-Нижний»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице Шатохина К.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуем__ в дальнейшем **«Заказчик» / «Пациент»**, с другой стороны, подписали
ФИО полностью
настоящую Спецификацию о нижеследующем:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора Стороны настоящим согласовали:

№	ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ									
	Код	**Наименование медицинских услуг /лекарственных препаратов/ медицинских изделий**	**Цена, в том числе НДС**	**НДС**	**Кол-во**	**Общая стоимость (кол-во×цена), в том числе НДС**	**Скидка (при наличии)**	**Срок оказания Медицинских услуг/ Ф.И.О. врача-специалиста**	**Место оказания Медицинских услуг**	**Ф.И.О., дата рождения, паспорт/свидетельство о рождении, место жительства, индекс, телефон, код, № подъезда, этаж, район, Пациента(ов)** *(заполняется, если Пациент не является Стороной по Договору)*
ИТОГО:										

Способ оплаты (отметить, что применимо):	Наличный расчет ☐	Карта ☐
	В счет аванса (депозита), уплаченного по Спецификации №____ от «__»_____ 20__г. ☐ Остаток аванса (депозита) за вычетом стоимости Медицинских услуг по настоящей Спецификации:_____ рублей.	

2. Подписывая настоящую Спецификацию Заказчик/Пациент подтверждает, что ему и Пациенту предоставлена Исполнителем в доступной форме информация 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.
3. Настоящим Заказчик/Пациент подтверждает(ют), что Заказчик/Пациент до подписания настоящей Спецификации были уведомлен(ы) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых Медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
4. Настоящая Спецификация вступает в силу с даты ее подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.
5. Все термины и определения, используемые в настоящей Спецификации, имеют то же значение, что и в Договоре.

Адреса, реквизиты и подписи Сторон:

Заказчик / Пациент:
ФИО: _____
Дата рождения: _____
Паспорт серии _____ **№** _____
Выдан _____
«__»_____20__ г.,
код подразделения _____
Зарегистрирован по адресу:_____
_____
Адрес фактического места жительства: _____
Контактный телефон: _____
Иная информация:
_____

Подписанием настоящей Спецификации я подтверждаю, что я, нижеподписавшийся, ознакомился и согласен со всем изложенным в тексте Публичного предложения Исполнителя о заключении договора оказания платных медицинских услуг, размещенного на официальном сайте Исполнителя (www.medsi.ru) и на информационном стенде (стойке) Исполнителя в Месте оказания Медицинских услуг.

_____ /_____/
Подпись ФИО полностью

Исполнитель:
ООО «Медси-Нижний»
Место нахождения: РФ, 607061, Нижегородская область, Г.О. Город Выкса, г. Выкса, ул. Кутузова, 3Д. 38, кабинет 42
Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01164-52/00633430 от 23.12.2022, Министерство здравоохранения Нижегородской области: 603022, г. Нижний Новгород, ул. .Малая Ямская, д. 78, тел.: +7 (831) 435-30-74
ИНН 5247056213 КПП 524701001 ОГРН 1225200011882 дата государственной регистрации 07.04.2022 г. Тел./факс: +7-831-773-93-03
Банковские реквизиты:
Р/с 40702810800001006703 в «МТС-Банк» (ПАО) г. Москва
К/с 30101810600000000232, БИК 044525232