

## Уведомление

В соответствии с пунктом 24 “Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг” Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Ф.И.О. полностью подпись

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Мурманск

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_  
адрес регистрации \_\_\_\_\_  
адрес отправки документации \_\_\_\_\_ телефон \_\_\_\_\_  
действующий(ая) от своего имени,

Именуемый (-ая) далее «Пациент», «Потребитель», «Заказчик» с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «Баренц - Дент» ОГРН 1065190100766, ИНН 5190157729 выдан 24.10.2006г. ИФНС России по г.Мурманск (г.Мурманск, ул.Комсомольская, д.2, тел.680800), КПП 519001001, в лице уполномоченного представителя, указанного в разделе 10 (Реквизиты), действующего на основании Устава или Доверенности, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», «Клиника», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (далее «Договор») о нижеследующем:

### 1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

**1.1.** Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее «Услуги»), а Заказчик обязуется принять и оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим договором.

**1.2.** Медицинские услуги оказываются Пациенту в соответствии с требованиями действующего Законодательства РФ, в том числе, предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

**1.3.** Медицинские услуги оказываются Пациенту в виде медицинских консультаций и(или) медицинских вмешательств из числа перечня работ( услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, указанных в Лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01163-51/00311386 от 02.02.2017 года, срок действия - бессрочно (выдана Министерством здравоохранения Мурманской области, находящимся по адресу г.Мурманск, пр.Кольский, д.1, телефон 486096) на осуществлении медицинской деятельности (*При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; ортодонтии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической*)  
(Копия Лицензии на осуществление медицинской деятельности размещена в доступной форме на информационном стенде Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в сети «Интернет» <http://barentc-dent.ru>) и действующей по месту оказания медицинских услуг. Местом оказания медицинских услуг является: стоматологический кабинет 183032, г.Мурманск, пр.Кирова, д.53, пом.41.

**1.4.** Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего Договора в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Исполнителя, участвующих в оказании Медицинских услуг.

**1.5.** Информация о режиме работы Клиники размещена на информационном стенде Исполнителя в Клинике и в сети интернет. График работы специалистов Исполнителя указан на информационном стенде, на сайте Клиники в сети интернет, а также сообщается Потребителю при обращении в Клинику в режиме реального времени.

**1.6.** Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону клиники; администратором в Клинике в режиме реального времени.

**1.7.** Сроки оказания платных медицинских услуг определяются исходя из клинической ситуации Пациента и с учетом материально-технической возможности Исполнителя, учитывая график приема специалистов, загруженность специалистов, сроков исполнения работ привлеченными сторонними организациями (зуботехническими лабораториями), сроками поставки расходных материалов.

**1.8.** Сроки ожидания медицинских услуг напрямую зависят от условий, указанных в п.1.7.

**1.9.** В медицинской карте Пациента указывается вся необходимая информация и сведения, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

**1.10.** Пациент подтверждает, что до подписания настоящего договора ознакомился с прейскурантом на стоматологические услуги Исполнителя.

**1.11.** Пациент подтверждает, что в момент заключения настоящего договора в наглядной и доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что Пациент может получить соответствующие виды и объемы 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. Заключая настоящий договор Пациент добровольно соглашается на предоставление ему медицинских услуг на платной основе.

**1.12.** Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, являющегося Приложением к настоящему договору и данного в порядке, установленного законодательством Российской Федерации.

**1.13.** Перечень услуг, предоставляемых пациенту в соответствии с настоящим Договором, согласовывается Сторонами в предварительном плане (планах) лечения и иных Приложениях к настоящему Договору по соглашению сторон перечень услуг может изменяться.

## **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

### **2.1 Исполнитель обязуется:**

**2.1.1.** Оказывать Пациенту Медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, в соответствии с требованиями предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения РФ.

**2.1.2.** Обеспечить Потребителя доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащих следующие сведения:

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, перечнем оказываемых Медицинских услуг, их стоимости;
- информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- данные о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуге, его профессиональном образовании и квалификации;
- гарантийных сроках на оказанные услуги;
- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

**2.1.3.** До заключения договора уведомить Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. При изменении плана лечения и стоимости услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Потребителя при отказе Пациента от получения услуг, уведомив Пациента о возможных последствиях. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**2.1.4.** Обеспечить хранение первичной медицинской документации в установленном порядке. Не передавать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию и информацию о состоянии здоровья Потребителя.

**2.1.5.** В случае сотрудничества при оказании услуг по настоящему Договору со сторонними медицинскими организациями и (или) специалистами, предоставлять Пациенту информацию о третьих лицах по его запросу.

**2.1.6.** Информировать Пациента:

- о невозможности оказания каких-либо видов услуг;
- противопоказаниях и возможных негативных последствиях (рисках), видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания Медицинских услуг.

### **2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:**

**2.2.1.** Соблюдать установленные действующим законодательством РФ правила предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

**2.2.2.** Соблюдать правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем. (Информация размещена в доступной форме на информационном стенде в Клинике).

**2.2.3.** По запросу Исполнителя предоставить необходимые документы, свое согласие на обработку данных, отнесенных действующим Законодательством РФ к персональным данным для целей исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору и в целях исполнения требований законодательства РФ.

**2.2.3.** Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, установленных настоящим Договором. Оплата услуг производится непосредственно после их получения путем внесения денежных средств на счет Исполнителя при

использовании контрольно-кассовой техники ( наличный/безналичный расчет) согласно Прейскуранта, действующего на момент оплаты.

**2.2.4.** При отсутствии возражений подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, предварительные планы лечения, акты сдачи-приемки оказанных услуг, приложения к настоящему договору и иные документы, связанные с предоставлением Услуг по настоящему Договору.

**2.2.5. Кроме того, Потребитель обязан:**

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему случаях аллергических реакций, противопоказаниях, принимаемых лекарственных препаратах, психических расстройствах, лечении в других медицинских учреждениях, заболеваниях и т.п.). Исполнитель не несет ответственности за возможные неблагоприятные последствия (включая осложнения, неверную постановку диагноза, некорректные методы лечения), обусловленные неисполнением и/или ненадлежащим исполнением Пациента настоящего пункта договора.
- соблюдать правила поведения в медицинской организации, режим работы медицинской организации, в том числе являться на прием строго в назначенное время, а в случае болезни или иной уважительной причины предупреждать врача о неявке через администратора, не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени;
- соблюдать режим лечения, **а также незамедлительно сообщать Исполнителю о любом ухудшении самочувствия, появлении неблагоприятных признаков, осложнений на фоне проводимого лечения посредством телефонной связи по номеру 252111, +79217340386.**

**2.2.6.** *Заключая настоящий Договор Пациент подтверждает факт уведомления его о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя может снизить качество предоставляемых Исполнителем платных медицинских услуг, повлечь за собой увеличение сроков выполнения работ, оказываемых услуг, а также оказать отрицательное влияние на состояние здоровья Пациента.*

**2.2.7.** Заказчик дает согласие на следующие действия Исполнителя:

- делать рентгенологические снимки, диагностические модели, фотографии, анестезию и проводить любые мероприятия, которые показаны по медицинским показаниям.
- делать фотографии в процессе оказания медицинских услуг и наблюдений, и использовать информацию о заболевании в образовательных и научных целях.
- Заказчик согласен на использование (сбор, обработку, хранение, обмен, передачу и др.) его персональных данных включая информацию, составляющую врачебную тайну, в том числе, как с использованием, так и без использования средств автоматизации.
- При возникновении претензий и разногласий обращаться к Директору ООО «Баренц – Дент» , к главному врачу посредством:
  - письменного сообщения;
  - личного обращения в часы приема (информация размещена на информационном стенде)

**2.3. Исполнитель имеет право:**

**2.3.1.** В течение всего срока действия Договора обрабатывать следующие персональные данные Пациента: Ф.И.О., пол и дата рождения, адрес регистрации, данные документа, удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья в целях оказания медицинских услуг, а также ведения учета и систематизации оказанных услуг следующими способами: получение, сбор, обновление, использование персональных данных, передача персональных данных, хранение.

**2.3.2.** Изменять прейскурант в одностороннем порядке. Информация об изменении Прейскуранта доводится до сведения Заказчика путем размещения на стенде по месту оказания услуг, на сайте Исполнителя.

**2.3.3.** Привлекать для исполнения обязательств по Договору сторонних специалистов и организации.

**2.3.4.** По согласованию с Заказчиком изменять объем, вид, сроки, стоимость стоматологических услуг как в сторону увеличения, так и сокращения, по медицинским и (или) экономическим показаниям.

**2.3.5.** В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций, необходимых для определения диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных Договором.

**2.3.6.** Требовать от пациента выполнения рекомендаций, обеспечивающих качественное предоставление стоматологических услуг, включая предоставление необходимых для этого сведений.

**2.3.7.** В одностороннем порядке увеличить сроки выполнения услуги в случае опоздания Пациента на прием более чем на 15 минут, путем назначения новой даты приема согласно п.1.7.

**2.3.8.** Отложить выполнение плановых медицинских манипуляций и процедур в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний со стороны полости рта и/или по общему состоянию здоровья. При этом сроки предоставления Услуг увеличиваются, что не считается нарушением условий Договора.

**2.3.9.** Исполнитель имеет право отказаться от работы с Заказчиком:

- если, вследствие особенности Заказчика (Пациента), не в состоянии установить с ним терапевтическое сотрудничество;
- в случае не возможного оказания качественной медицинской услуги по требованию Заказчика, если лечение не соответствует требованиям технологий и может вызвать неблагоприятные последствия для Заказчика;
- в случае нарушения внутреннего распорядка клиники;
- в случае грубого и (или) некорректного поведения пациента в отношении персонала клиники.

**2.4. Заказчик имеет право:**

**2.4.1.** На предоставление информации о стоматологической услуге, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риском, возможных вариантах медицинского вмешательства

**2.4.2.** Ознакомиться с документами, подтверждающими права Исполнителя заниматься медицинской деятельностью.

**2.4.3.** Заказчик имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Отказ от лечения с указанием возможных последствий оформляется записью в карте и подписывается Заказчиком и медицинским работником.

**2.4.4.** На выбор лечащего врача с учетом его согласия.

**2.4.5.** Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.**

**3.1.** Стоимость Услуг определяется на основании прейскуранта Исполнителя, действующего на момент оплаты Услуг. Стоимость Услуг согласовывается Сторонами в приложениях к настоящему Договору – планах лечения, счетах на оплату и актах.

**3.2.** Если иное не согласовано Сторонами, Пациент оплачивает Услуги по настоящему Договору по факту получения (т.е. после каждого приема) .

**3.3.** Обязанность Стороны по оплате Услуг считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре или счете на оплату.

### **4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

**4.1.** Медицинские услуги оказываются Пациенту на основании медицинских показаний, на основе добровольного волеизъявления и согласия Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет собственных средств. Медицинские услуги оказываются согласно условий настоящего Договора, в соответствии с действующим Законодательством РФ.

**4.2.** Медицинские услуги считаются полученными с момента их фактического оказания на основании записи в первичной медицинской документации, которую Исполнитель обязан вести в соответствии с действующим законодательством.

**4.3.** Необходимым условием является выдача Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

**5.1.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность предусмотренную настоящим договором и действующим законодательством РФ.

**5.2.** Исполнитель несет ответственность за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям, предъявляемым к качеству и безопасности медицинских услуг, в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5.3.** Исполнитель несет ответственность за качество выполненных услуг только в пределах гарантийного срока. Гарантия распространяется на законченный результат работы (постановка постоянных пломб, постоянные коронки, постоянные мостовидные протезы, постоянные съемные протезы).

**5.4.** Исполнитель не несет ответственности за результат оказания медицинских услуг по Договору в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций, требований и предписаний Исполнителя, за несогласованные с Исполнителем действия Пациента, направленные на изменение процесса оказания медицинских услуг, в том числе самолечения, использование рекомендаций сторонних специалистов или иных третьих лиц.

**5.5.** Ни одна из сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), находящихся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия сопутствующего обстоятельства.

**5.6.** Заключая настоящий договор, Пациент осознает и признает, что в силу объективных причин и (или) индивидуальных особенностей организма Пациента достижение результата не может быть гарантировано Исполнителем.

**5.7.** При несоблюдении Исполнителем обязательств по данному Договору Заказчик вправе по своему выбору:

- назначить новый срок ожидания и (или) исполнения услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

### **6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**

**6.1.** Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Пациента в случае отказа Пациента от получения Услуг, в том числе в связи с несогласием Пациента с предложенным Исполнителем планом лечения, его стоимостью, сроками и/или методами лечения и/или внесенными Исполнителем в план лечения изменениями, при этом потребитель и (или) заказчик оплачивают исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.2. Изменение условий настоящего Договора и расторжение Договора возможно по соглашению сторон – путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

## **7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.**

7.1. Подписывая данный договор Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен с действующим Положением о гарантийных сроках Исполнителя:

- гарантийный срок на лечение – 6 месяцев; срок службы – 1 год.

Для протезирования (коронки, мостовидные протезы) - гарантийный срок – 1 год, срок службы – 2 года, для съемных протезов (акрил, нейлон) гарантийный срок – 6 месяцев, срок службы – 1 год (перебазировка протезов, починка протезов производится на возмездной основе), при протезировании на имплантатах – 1 год, срок службы – 2 года

7.2. Гарантийные обязательства аннулируются при возникновении в период гарантийного срока форс-мажорных обстоятельств (беременность, операции, травмы, возникновение новых заболеваний или вредных внешних воздействий, в т.ч. длительный прием лекарственных препаратов при лечении других заболеваний), которые напрямую или косвенно приводят к изменениям в зубах или окружающих тканях, снижению общего иммунного статуса организма.

### **7.3. Гарантийные обязательства не распространяются:**

- на долечивание зуба, лечение которого начато ранее в другом стоматологическом учреждении;
- на восстановление зубов с ранее пломбированными каналами в других лечебных учреждениях;
- восстановление зуба пломбировочными материалами, разрушенного на ½ и более;
- на лечение зубов с диагнозом периодонтит или другой периапикальной патологией;
- на гигиеническую чистку зубов, на снятие налета, удаление зубного камня; отбеливание зубов;
- на протезирование, восстановление и лечение зубов во фронтальном отделе при: отсутствии жевательных зубов, патологии прикуса;
- на временные пломбы, временные коронки, временные реставрации;

**При неудовлетворительной гигиене полости рта сроки гарантии и сроки службы на все виды работ уменьшаются в два раза.**

**При нарушении графиков профилактических осмотров, при неявки на взаимоголасованные приемы гарантия аннулируется.**

7.4. При восстановлении депульпированных зубов (т.е. зубов с удаленными нервами, и зубов с не удаленными нервами, но запломбированными на ½ коронковой части, показано ортопедическое лечение несъемными конструкциями (коронками).

### **7.5. Исполнитель не несет ответственность за качество предоставляемых услуг в случаях:**

- возникновения у Заказчика аллергических реакций, не отмечавшихся ранее;
  - осложнений, возникших по вине Заказчика из-за несоблюдения гигиенических мероприятий, неявки Заказчика в срок на взаимоголасованные приемы, несоблюдением Заказчиком рекомендаций и назначений лечащего врача.
- Исполнитель не несет ответственности за возникшие осложнения и связанный с ними вред здоровью;**
- переделок и исправлений работ в другом лечебном учреждении и не возмещает финансовые расходы;
  - истечения срока гарантии на услуги;
  - ремонта и исправления работ самим Заказчиком.

## **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ.**

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение 1(одного) года с даты его заключения. В случае если ни одна из Сторон в письменной форме не уведомила противоположную сторону о желании расторгнуть Договор, настоящий Договор автоматически пролонгируется на каждый последующий год на прежних условиях.

8.2. Настоящий договор может быть расторгнут по основаниям и в порядке, предусмотренным действующим законодательством РФ,

8.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

8.4. Условия настоящего Договора могут быть изменены путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору.

8.5. Договор может быть расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в случаях : если Заказчик настаивает на проведении лечения, которое не соответствует требованиям технологии, медицинским показаниям; некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя; грубых нарушений Заказчиком выполнения врачебных назначений; пропуски приемов; неоплаты (или не полной оплаты) оказанных услуг.

8.6. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах для каждой из Сторон.

8.7. Уведомления и/или другие юридически значимые сообщения Сторон, связанные с исполнением настоящего Договора, осуществляются путем направления корреспонденции на почтовый или электронный адрес, указанный сторонами в разделе 10 (Реквизиты).

8.8. Звонки, сообщения, электронные письма, полученные с номеров и адресов, не указанных в разделе 10 (Реквизиты) не являются юридически значимыми и Исполнитель не несет ответственности за содержание таких сообщений.

## 9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

9.1. Подписывая данный договор, Заказчик подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, что полностью ознакомлен с представленной на стенде Исполнителя информацией о предоставляемых услугах, наименовании учреждения, месте нахождения, с информированными согласиями, внутренним распорядком в клинике Исполнителя, о профессиональном образовании и квалификации специалистов, со стоимостью услуг Исполнителя, сроками и условиями гарантии и согласен с ними.

9.2. Медицинская карта, результаты обследования являются собственностью Исполнителя, неотъемлемой частью истории болезни и пациенту на руки не выдается. Только по письменному заявлению Заказчика Исполнитель предоставляет копию медицинской документации или выписку о проведенном лечении и выдаются лично в руки или на основании доверенности.

## 10. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Исполнитель:</b> ООО «Баренц – Дент»<br/>ИНН: 5190157729<br/>КПП 519001001<br/>ОГРН 1065190100766<br/>Адрес: 183032, Мурманская область, г.Мурманск, проспект Кирова, д.53, пом.41<br/>Р/С 40702810932160005113<br/>Банк: Филиал «Санкт-Петербургский» АО «Альфа Банк» г.Мурманск<br/>БИК: 044030786<br/>Кор.счет: 30101810600000000786<br/>Сайт <a href="http://barenc-dent.ru">http://barenc-dent.ru</a><br/>Адрес электронной почты: <a href="mailto:lazarevmurman@yandex.ru">lazarevmurman@yandex.ru</a></p> <p>Лицо, имеющее право действовать без доверенности:</p> <p>_____/Лазарев А.Е./<br/>подпись</p> <p>Лицо, имеющее право подписи по доверенности<br/>Лазарева Т.О. администратор-кассир<br/>Доверенность б/н от 10 января 2023 года<br/>срок до 10 января 2026 года</p> <p>_____/Лазарева Т.О./<br/>подпись</p> <p>М.П.</p> | <p><b>Пациент:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Документ, удостоверяющий личность _____</p> <p>Серия _____ Номер _____</p> <p>Выдан: _____</p> <p>_____</p> <p>Дата выдачи: _____</p> <p>Адрес регистрации _____</p> <p>_____</p> <p>Адрес отправки документации: _____</p> <p>_____</p> <p>_____ / _____ /</p> <p>Ф.И.О. _____ подпись _____</p> <p>Заказчик:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Документ, удостоверяющий личность: _____</p> <p>Серия _____ Номер _____</p> <p>Выдан: _____</p> <p>Дата выдачи: _____</p> <p>_____ / _____ /</p> <p>Ф.И.О. _____ подпись _____</p> |
|--|--|