

ООО «Рекамедика» ("350042, Краснодарский край, город Краснодар, ул. Колхозная, д. 5/1, помещ. 11114, ОГРН 1232300057923, ИНН 2311355521, КПП 231101001, Счёт: 40702810700009071048 Корр. счёт: 30101810145250000411 БИК: 044525411), именуемое в дальнейшем **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»**, в лице _____

директора /представителя по доверенности

_____ занимающего(-ей) должность _____, действующего на основании _____
фамилия, имя, отчество (при наличии) – полностью Устава/Доверенности № ____ от ____

с одной стороны, и несовершеннолетний(-я) _____, «__» _____ г. рождения, свидетельство о рождении / паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, зарегистрированный(-ая) по адресу: _____, именуемый(-ая) в дальнейшем **«ПОТРЕБИТЕЛЬ»** (далее — **«ПАЦИЕНТ»**), в лице законного представителя _____, паспорт: серия _____ № _____, выдан _____, код подразделения _____ - _____, дата выдачи _____, являющегося(-ейся) матерью / отцом / усыновителем / опекуном / попечителем **«ПАЦИЕНТА»**; документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____, именуемого(-ой) в дальнейшем **«ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»**, с другой стороны, совместно именуемые **«СТОРОНЫ»**, составили настоящую Смету на предоставление платных медицинских услуг **«ПАЦИЕНТУ»** о нижеследующем:

Вид Сметы:	☐ ТВЕРДАЯ ☐ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНАЯ
Статус Сметы:	☐ ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ☐ УТОЧНЕННАЯ к Смете № ____ от _____

Твердая Смета: перечень, объем и итоговая стоимость включенных в нее медицинских услуг являются согласованными СТОРОНАМИ. Их изменение допускается по письменному соглашению СТОРОН до предоставления соответствующих медицинских услуг.

Приблизительная Смета: перечень, объем и итоговая стоимость медицинских услуг являются предварительными и могут быть уточнены с учетом медицинских показаний, результатов обследований и иных обстоятельств, выявленных в процессе оказания медицинской помощи. До предоставления дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящей Сметой, **«ИСПОЛНИТЕЛЬ»** информирует **«ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»**, а в предусмотренных законодательством случаях также **«ПАЦИЕНТА»**, об их необходимости и стоимости; соответствующие изменения согласовываются путем подписания уточненной Сметы и/или в Акте оказанных услуг (далее по тексту -Акт).

1. В рамках Договора СТОРОНЫ согласовали предоставление следующих платных медицинских услуг:

№	Код медицинской услуги по Номенклатуре	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Стоимость за единицу, руб.	Общая стоимость, руб.	Срок предоставления услуги (дата / период)
1						
2						
3						
Скидка (при наличии), %:				_____		
Итого по Смете, руб.:				_____		
Аванс (при наличии): <i>Внесенный «ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ» аванс засчитывается в счет оплаты медицинских услуг, предусмотренных настоящей Сметой, в порядке, установленном Договором.</i>				_____		

2. Оплата медицинских услуг, предусмотренных настоящей Сметой, производится **«ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ»** в порядке и сроки, установленные Договором.

3. В случаях предоставления по просьбе **«ПАЦИЕНТА»** и/или его **«ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»** отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, подпись **«ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ»** под настоящей Сметой подтверждает письменную просьбу о предоставлении соответствующих медицинских услуг от имени и в интересах **«ПАЦИЕНТА»**. В случаях, когда в соответствии с законодательством соответствующее волеизъявление осуществляется самим **«ПАЦИЕНТОМ»**, такая просьба подтверждается также его подписью.

«ПОТРЕБИТЕЛЬ / ПАЦИЕНТ» (подпись в случаях, предусмотренных законодательством): _____ / _____
подпись Ф.И.О.