

СПЕЦИФИКАЦИЯ
к договору на оказание платных медицинских услуг

г. Санкт-Петербург

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ОМЕДИКА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии № Л041-01148-78/00141657, дата предоставления: 12.04.2022 года, выданной Комитетом по здравоохранению г. Санкт-Петербурга, в лице генерального директора Антиповой Лилии Викторовны, действующего на основании Устава с одной стороны и {Фамилия Имя Отчество} именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» и Индивидуальный предприниматель {Фамилия Имя Отчество}, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящую Спецификацию к договору на оказание платных медицинских услуг (далее - Договор) о нижеследующем:

1.1. Стороны согласовали следующие виды, объемы и стоимость платных медицинских услуг:

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Код услуги	Стоимость медицинской услуги, согласно Прейскуранту, за одну единицу (руб.)	Кол-во, оказанных медицинских услуг (шт.)	Общая стоимость, оказанных медицинских услуг (руб.)	Срок(период) оказания медицинских услуг (при наличии)
ИТОГО:						
Сумма прописью: {{VisitSumN}}						

1.2. Пациент подтверждает, что дает согласие на получение услуг, в том числе в объеме, превышающем стандарты медицинской помощи, или отдельных консультаций / медицинских вмешательств.

1.3. Ориентировочный срок оказания услуг составляет _____. Срок оказания услуг также может зависеть от графика посещений Пациентом Исполнителя и выполнения или невыполнения им рекомендаций лечащего врача. В случае необходимости индивидуального изготовления или приобретения медицинского изделия срок оказания услуг может зависеть от периода, необходимого для его изготовления или приобретения.

1.4. Настоящая Спецификация является неотъемлемой частью Договора.

ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик/Пациент:

Исполнитель:

_____/_____
(подпись Пациента) (расшифровка подписи)

_____/_____

_____/_____
(подпись Заказчика) (расшифровка подписи)

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объемам, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Заказчик/Пациент:

Исполнитель:

_____/_____
(подпись Пациента) (расшифровка подписи)

_____/_____

_____/_____
(подпись Заказчика) (расшифровка подписи)