

**Приложение № 1**  
**к Договору на оказание платных медицинских услуг**  
**от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_**

**Перечень медицинских услуг к Договору на оказание платных медицинских услуг**  
**от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_**

г. Феодосия «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

ООО «Магнитно-Резонансная Томография Феодосия» , именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Генерального директора Тетекиной В.Е., действующего на основании Устава , с одной стороны и \_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем и «Заказчик» действующий(-ая) от своего имени и в интересах «Потребителя/пациента», с другой стороны, либо в интересах Потребителя/Заказчика \_\_\_\_\_ с третьей стороны, именуемые в дальнейшем совместно Стороны, согласовали настоящий перечень медицинских услуг, устанавливающий стоимость, объем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг и срок их оказания.

*(Заполняется в случае, если Потребителем является недееспособное лицо)*

и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Законный представитель», действующий(-ая) в интересах недееспособного \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
именуемого(-ой) в дальнейшем «Потребитель».

№ 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.)	Медицинский работник, Ф.И.О. (его профессиональном образовании и квалификации)	Срок (период) оказания медицинских услуг (при наличии)
ИТОГО:							
Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек без учета НДС (НДС не облагается на основании ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации)							

В случае, если Потребитель в день окончания оказания Исполнителем медицинских услуг в амбулаторных условиях не предъявил каких-либо претензий и возражений, то медицинские услуги, оказанные Исполнителем, считаются оказанными в полном объеме и принятыми Потребителем.

**Исполнитель:**

ООО «Магнитно-Резонансная Томография Феодосия» (сокращенное наименование: ООО «МРТ Феодосия»)

Адрес места нахождения: 298112, Республика Крым, г. Феодосия, ул. Федько, д. 43.

Адрес места оказания медицинских услуг: 298112, Республика Крым, г. Феодосия, ул. Федько, д. 43.

ИНН: 9108111231

КПП: 910801001

ОГРН: 1159102112311

Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 04.03.2019г. №ЛО41-01177-91/00360341 , выдана Министерством здравоохранения Республики Крым (адрес лицензирующего органа г. Симферополь, ул. Полевая, д. 24\33, тел: +7(365)260-16-86). Срок действия — бессрочно.

Перечень работ (услуг) составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, указан в Лицензии Исполнителя от 04.03.2019г. №ЛО41-01177-91/00360341 , выданной Министерством здравоохранения Республики Крым , копия которой находится в доступной форме на информационных стендах в месте осуществления медицинской деятельности, а также размещен на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» ([www.mrt-feodosia.ru](http://www.mrt-feodosia.ru))

\_\_\_\_\_  
М.П.

**Заказчик:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Снилс \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Пациент/Законный представитель:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_

Снилс \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_