

Споры возникающие по взаимным претензиям между сторонами, разрешаются путём переговоров. Если согласие не достигнуто в результате переговоров, споры между Заказчиком и Исполнителем, разрешаются в установленном Законом порядке в Арбитражном суде г. Москвы.

7.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания и действует в течении 1 года. Дата подписания Договора указана на 1-м листе Договора в верхнем правом углу. В части выполнения обязательств по оплате Договор действует до полного их исполнения.

7.2. По вопросам, не урегулированным в настоящем Договоре, применяются положения действующего законодательства РФ и подзаконных актов.

7.3. Настоящий Договор, изменения и дополнения к нему составляются в количестве 2-х экземпляров, по одному для Заказчика и Исполнителя.

7.4. Заказчик проинформирован о возможности возникновения необходимости выполнения дополнительных работ (оказания услуг) и по этой причине изменения, в том числе превышения, предварительной стоимости и выражает на это свое согласие.

С действующими в ФГБУ «НИИ НХ» РАМН перечнем нозологических форм и групп, по поводу которых производится вмешательство в ФГБУ «НИИ НХ» РАМН, номенклатурой вмешательств по категории сложности, графиком работы научно-консультативного отделения ФГБУ «НИИ НХ» РАМН по дням недели можно ознакомиться на информационном стенде.

7.5. Моментом выполнения обязательств по Договору является выдача Пациенту медицинских документов, в том числе медицинской выписки и/или результатов анализов и/или результатов инструментального обследования.

7.6. Услуги по настоящему договору предоставляются в порядке, обозначенном в ст. 428 ГК РФ (договор присоединения).

ИСПОЛНИТЕЛЬ: **ФГБУ «НИИ НХ» РАМН** Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ФС-99-01-006247 от 05.06.2009г, срок действия лицензии 05.06.2014г., орган выдавший лицензию: "Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития". Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 77 № 011987259 от 21.12.2011г.

Почтовые реквизиты: 125047, МОСКВА, ул. 4-я Тверская - Ямская, д. 16

Банковские реквизиты:

ИНН 7710103758 / КПП 771001001

УФК по г. Москве (ФГБУ "НИИ НХ" РАМН л/сч. 20736У93910)

Р/сч. 40501810600002000079 Отделение 1 Москва г. Москва 705

БИК 044583001, ОКАТО 45286585000

Назначение платежа: КБК (00000000000000000000130) Разрешение 423006 от 23 июня 2009 г. Пункт № 9 Доходы от платных медицинских услуг, предусмотренных уставом (указывать обязательно)

Тел: (499) 251-65-83 (справочная) тел/факс (499) 251-63-04 (планово - экономич. отдел)

За лечение больного(ой) ФИО: Камаев Андрей Николаевич, возраст: 13, гражданство: , адрес (по месту регистрации): Россия, респ. Удмуртия, с. Ува-Тукля, Увинский, ул. Мира, д. 15, кв. 2

ЗАКАЗЧИК:

ПОДАРИ ЗАВТРА!

~~детям-инвалидам Удмуртии~~

ПАЦИЕНТ: Камаев Андрей Николаевич

Адрес пациента по месту регистрации: Россия, респ. Удмуртия, Увинский, с. Ува-Тукля, ул. Мира, д. 15, кв. 2

Паспортные данные: паспорт представителя пациента(мама) серия 94 00 № 089472, выдан Увинским РОВД Удмуртской республики, 16.06.2000

Пациент в соответствии с ФЗ РФ «О персональных данных» выражает Исполнителю согласие на обработку своих персональных данных, содержащихся в документах, передаваемых Исполнителю, в целях осуществления Исполнителем прямых контактов с пациентом с помощью средств связи, в целях обеспечения исполнения настоящего Договора. Настоящее согласие действительно в течение срока действия Договора и в течение срока хранения первичных медицинских документов (медицинской карты), составляющего 25 лет.

ПАЦИЕНТ _____ " " 2014 г.

Настоящим Исполнитель, в порядке п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утв.Постановлением Правительства РФ от 4.10. 2012 г. N 1006), до заключения Договора уведомил Заказчика/Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Уведомление мне понятно, с уведомлением ознакомлен

ЗАКАЗЧИК _____ " _____ 2014 г.

ПАЦИЕНТ	г. _____	№ _____	№ _____	2014 г.
---------	----------	---------	---------	---------

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

05.06.2014

2014 г.

M.P.

17 М.П.

детям-инвалидам Удмуртии