

Договор по подбору газопроницаемых линз № _____

г. Самара

2 марта 2025 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Доктор Линз», именуемое далее Общество, в лице исполнительного директора Смугловой Элеоноры Владиславовны на основании Устава и лицензии № Л041-01184-63/00370365 от 05.10.2018 г. (выдана Министерством Здравоохранения Самарской области), с одной стороны, и гражданин _____

Именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. Общество обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, предусмотренные лицензией, а Пациент обязуется оплатить эти услуги в полном размере в порядке, определенном настоящим договором. Виды медицинских услуг, предоставляемых Обществом, и их стоимость отражены в Прейскуранте услуг кабинета. Пациент, подписывая настоящий договор, подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом услуг кабинета.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ.

2.1. Общество обязано:

- а) оказать медицинскую услугу (диагностика, подбор газопроницаемых линз)
- б) предоставить Пациенту документ об оплате оказанной ему медицинской услуги.

2.2. Пациент обязан:

- а) оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в полном объеме в порядке и сроки, определенные настоящим договором;
- б) выполнять требования, рекомендации, назначения лечащего врача

2.3 Пациент имеет право получить информацию о предстоящем лечении.

2.4 Общество назначает время и очередность приема у лечащего врача по согласованию с Пациентом, устанавливает объем и характер обследования Пациента. Конкретный вариант коррекции зрения выбирается Пациентом после обследования и согласования с Обществом. Общество имеет право в любой момент действия настоящего договора рекомендовать Пациенту изменить методику или тактику коррекции зрения в случае медицинской необходимости.

2.5 Конкретный вид медицинской услуги, выбранный Пациентом, отражается в амбулаторной карте. Так же там отражается режим ношения выбранных контактных линз и уход за ними.

3. СТОИМОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТА.

3.1 Стоимость услуг, оказываемых Обществом Пациенту, определяется в соответствии с Прейскурантом медицинских услуг кабинета, действующим на день внесения полной оплаты по договору.

3.2 Оплата медицинских услуг, предоставляемых Обществом, осуществляется следующим образом:

- а) при обращении Пациента Общество проводит необходимую консультацию и диагностическое обследование, определяет виды услуг, подходящих Пациенту, и уведомляет Пациента о стоимости этих услуг. Стоимость консультации и обследования указана в прейскуранте;
- б) Общество согласовывает с Пациентом конкретный вид и стоимость необходимой ему услуги;
- в) Заказчик оплачивает медицинские услуги в момент заключения договора в размере 50% или 100%. Сумма оплаты за газопроницаемые линзы составляет:

г) Иной порядок расчетов устанавливается по согласованию с директором Общества Смугловой Элеонорой Владиславовной

3.3 В случае отказа Пациента от услуги без наличия медицинских оснований после подписания настоящего договора сумма оплаты не возвращается.

4. СРОКИ ВЫПОЛНЕНИЯ УСЛУГ.

4.1 При заказе жестких газопроницаемых линз Общество оговаривает с пациентом реальные сроки выполнения заказа и указывает их в настоящем договоре _____

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1 Договор вступает в силу с момента подписания и внесения предоплаты в размере и в сроки, указанные в п.3.2.

5.2 Процесс оказания услуг отражается в амбулаторной карте Пациента.

5.3 Подписывая настоящий договор, я, Пациент, подтверждаю, что мне сообщили об оказываемой мне услуге и

ее особенностях. Я ознакомлен с инструкцией по ношению и уходу за своими линзами. (Инструкция является неотъемлемой частью данного договора).

Я, Пациент, предупрежден о необходимости отказа от использования газопроницаемых линз при покраснении глаза и обязуюсь срочно обращаться к врачу Общества в первый же день при появлении жалоб.

Я, Пациент, даю согласие соблюдать:

- а) предписанный мне режим ношения газопроницаемых линз и уход за ними;**
- б) режим повторных осмотров**
- в) регулярность профессиональной обработки газопроницаемых линз**

Подпись _____

5.4 Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

5.5 Все споры по настоящему договору решаются сторонами путем переговоров, в претензионном порядке.

6. ПОДПИСИ СТОРОН.

ООО "Доктор Линз"

Тел. 8-800-200-13-66

Р/с 40702810713000550701

Приволжский ф-л

ПАО «Промсвязьбанк» г. Н.Новгород

Подпись _____

ПАЦИЕНТ

Паспорт серия _____ № _____

выдан _____

Подпись _____