

**Договор оказания платных медицинских услуг по подбору жестких газопроницаемых линз
№ ЛЕ000047675**

г. Самара

14 ноября 2025г.

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 **Якимович Василиса Николаевна**, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, законный представитель ребёнка **Якимович Оксаны Ивановны**, 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 Заказчик 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. Заказчик, подписывая настоящий договор, подтверждает, что ознакомлен с Прейскурантом услуг кабинета.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ.

2.1. Общество обязано:

- а) оказать медицинскую услугу (диагностики, подбора газопроницаемых линз)
- б) предоставить Заказчику документ об оплате оказанной Пациенту медицинской услуги.

2.2. Заказчик обязан:

а) оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в полном объеме в порядке и сроки, определенные настоящим договором;

2.3. Пациент обязан:

а) выполнять требования, рекомендации, назначения лечащего врача

2.4 Общество назначает время и очередность приема у лечащего врача по согласованию с Заказчиком, устанавливает объем и характер обследования Пациента. Конкретный вариант коррекции зрения выбирается Заказчиком 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 Заказчиком, 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 Заказчика Общество проводит необходимую консультацию и диагностическое обследование, определяет виды услуг, подходящих Пациенту, и уведомляет Заказчика о стоимости этих услуг. Стоимость консультации и обследования указана в прейскуранте;

б) Общество согласовывает с Заказчиком конкретный вид и стоимость необходимой Пациенту услуги;

в) Заказчик оплачивает медицинские услуги в момент заключения договора в размере 50% или 100%.

Сумма оплаты за газопроницаемые линз составляет:

г) Иной порядок расчетов устанавливается по согласованию с исполнительным директором Общества.

3.3 В случае отказа Заказчика 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 Заказчиком реальные сроки выполнения заказа и указывает их в настоящем договоре

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1 Договор вступает в силу с момента его 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, Заказчик, подтверждаю, что мне сообщили об оказываемой Пациенту услуге и ее особенностях. Я ознакомлен с инструкцией по ношению и уходу за линзами Пациента. (Инструкция является неотъемлемой частью данного договора).

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

Я, Заказчик, даю согласие соблюдать:

- а) предписанный Пациенту 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.

Общество:
ООО "Доктор Линз"
г. Самара, Ленинская, 301
Тел. 8-800-200-13-66
Р/с 40702810713000550701
Приволжский ф-л
ПАО «Промсвязьбанк» г. Н.Новгород

Подпись _____ /Смуглова Э.В./

Заказчик:
ФИО

Паспорт
серия номер
выдан

Подпись _____ /