

Договор № _____
возмездного оказания медицинских услуг

г. _____

Дата _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «_____», именуемое в дальнейшем Исполнитель, имеющее лицензию _____ от _____ года, выданную _____, тел.: _____, в лице Администратора _____, действующего(ей) на основании Доверенности № _____ от _____ г. с одной стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

- 1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказывать Заказчику платные медицинские услуги (далее – услуги) по перечню, согласованному Сторонами в Бланке-заказе (Приложение 1 к настоящему договору), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора, и выдать результат в виде медицинского заключения по форме, установленной Исполнителем. Результатом оказания медицинских услуг по договору является заключение врача или отчет о результатах клинических лабораторных, инструментальных или функциональных исследований, или иные данные в соответствии с заказанными услугами.
- 1.2. Исполнитель оказывает услуги в срок, согласованный в Бланк-заказе.

2. Цена услуг и порядок расчетов

- 2.1. Цена и сроки оказания услуг по настоящему договору указывается в Бланк-заказе.
- 2.2. Услуги Исполнителя оплачиваются Заказчиком по цене, указанной в Бланк-заказе в порядке 100 % предоплаты до получения услуги.

3. Права и обязанности Исполнителя

- 3.1. Исполнитель обязан оказать Заказчику качественные и безопасные медицинские услуги в соответствии с действующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации и условиями настоящего Договора с привлечением квалифицированного медицинского персонала и в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 3.2. Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуги (услуг) по настоящему Договору, если действия Заказчика (Пациента) делают невозможным оказание услуги в целом или в части.

4. Права и обязанности Заказчика (Пациента)

- 4.1. Заказчик обязан оплатить услуги Исполнителя в полном размере в соответствии с итоговой стоимостью, указанной в Бланк-заказе (Приложение 1 к настоящему договору).
- 4.2. Заказчик имеет право отказаться от выполнения услуги путем подачи заявления о расторжении настоящего договора, при этом Заказчик компенсирует фактически понесенные затраты Исполнителя.

5. Особые условия

- 5.1. В цену исследования не входит забор и доставка биоматериала. Сроки выполнения исчисляются в рабочих днях с даты поступления биоматериала в лабораторию.
- 5.2. В силу индивидуальных особенностей биоматериала Заказчика, срок исполнения исследования может быть увеличен Исполнителем, либо может потребоваться повторное представление биоматериала. В этом случае Исполнитель информирует Заказчика путём направления сообщения на электронную почту, указанную при заключении договора. Срок исследования при повторном представлении биоматериала исчисляется с даты поступления биоматериала в лабораторию.

6. Прочие условия

- 6.1. Заказчик подтверждает, что ознакомлен с информацией, касающейся услуг, оказываемых Исполнителем и условий их оказания, размещенной на сайте Исполнителя.
- 6.2. Все споры и разногласия между сторонами решаются путем переговоров, в случае не достижения согласия - в судебном порядке, в соответствии с законодательством РФ. До обращения сторон в суд установлен обязательный претензионный порядок рассмотрения спора. Срок рассмотрения претензий - 1 (один) месяц.
- 6.3. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств.
- 6.4. Договор считается заключенным, если он подписан Исполнителем и направлен на адрес электронной почты Заказчика, указанный в п.7. настоящего Договора, и оплачен Заказчиком.

7. Реквизиты сторон

Исполнитель: _____ «_____» Тел. 8(495)660-83-77, Эл. почта: callcenter@genomed.ru ИНН 7701759381 КПП 770101001 ОГРН 1077763509977 Адрес: 107014 Москва, ул. Короленко, д. 8 Р/С 40702810920300727001 в ПАО «Промсвязьбанк» г. Москва К/С 30101810400000000555 БИК 044525555 Администратор _____ /подпись	Заказчик: ФИО: Email: Контактный Тел.: ФИО _____/подпись
---	---

Бланк-заказ № _____

г. _____ от _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «_____», именуемое в дальнейшем Исполнитель, имеющее лицензию _____ от _____ года, выданную _____, тел.: _____, в лице Администратора _____, действующего на основании Доверенности № __ от _____ г., с одной стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, определили, что Заказчиком добровольно и по согласованию с врачом выбраны следующие виды услуг, которые Заказчик хочет получить и согласен(на) их оплатить:

1. Перечень и правила оказания медицинских услуг

<u>№</u> <u>П/п</u>	<u>Наименование услуги</u>	<u>Количество</u>	<u>Цена за единицу</u> <u>(в рублях)</u>	<u>Сроки выполнения (рабочих</u> <u>дней)</u>
1.1				
1.2				
	Итого:			

2. Пациентом по настоящему Бланку-заказа является:

- ФИО _____, дата рождения _____.

Если данные пациента отличаются от данных заказчика, в таком случае заказчик является законным представителем пациента.

Подписи сторон

Исполнитель:
ООО «_____»
Тел. 8(495)660-83-77,
Эл. почта: callcenter@genomed.ru
ИНН 7701759381 КПП 770101001
ОГРН 1077763509977
Адрес: 107014 Москва, ул. Короленко, д. 8
Р/С 40702810920300727001 в ПАО «Промсвязьбанк»
г. Москва
К/С 30101810400000000555
БИК 044525555

Заказчик:
ФИО:
Email:
Контактный Тел.:

Администратор _____
_____/подпись

ФИО _____
_____/подпись

Дополнительная информация о заказе № _____

Направительный диагноз:
Вид материала:
Идентификатор образца:

Дополнительная информация:

Для подготовки биологического материала к возврату, пожалуйста, предварительно обратитесь в WhatsApp по номеру +7 (495) 660-83-77, на горячую линию: 8-800-333-45-38 или пишите на callcenter@genomed.ru.

Внимание! Не предусмотрена подготовка биологического материала к возврату по выполнению указанных исследований без запроса.

НИПТ

1. Срок беременности:
2. Вес пациента:
3. Рост пациента:
4. Число плодов:
5. Носительство донорской яйцеклетки (да/нет):
6. Редукция плода (да/нет):
7. Суррогатная мать (да/нет):
8. Определить пол плода (да/нет/предоставить оба варианта):
9. Дополнительная информация
 - Высокий риск по б/х скринингу (да/нет):
 - Маркеры ХП по УЗИ (да/нет):
 - Возраст беременной более 35 лет (да/нет):
 - Хромосомная патология в анамнезе (да/нет):

Дородовое установление отцовства.

1. ФИО предполагаемого отца:
2. Дата рождения предполагаемого отца:
3. Было ли переливание крови в течении недели (да/нет):
4. Пересадка костного мозга или стволовых клеток (да/нет):
5. Редукция эмбриона (да/нет):
6. Суррогатное материнство или донорская яйцеклетка (да/нет):
7. Беременность (одноплодная/многоплодная):

ERT

Дата биопсии: _____ Время биопсии _____

Биопсия эндометрия:

- Первая биопсия
 Вторая биопсия
 Другое _____

Метод биопсии эндометрия:

- Пайпель-биопсия
 Выскабливание (кюретаж)
 Гистероскопия
 Другое _____

Тип цикла:

- Заместительная гормональная терапия (ЗГТ)
 Естественный цикл

Заместительная гормональная терапия (ЗГТ):

Прогестерон: П+ _____

Дата первого приема прогестерона:

Время: _____

Препарат прогестерон суточная доза: _____

Естественный цикл:

Дата овуляции:

Время: _____

Дата пика ЛГ: _____
Время: _____
Дата введения ХГЧ: _____
Время: _____

МЕМА

Дата биопсии: _____ Время биопсии: _____

Биопсия эндометрия:

- Первая биопсия
- Повторная биопсия
- Другое _____

Прием лекарственных средств, антибиотикотерапия, (пре)пробиотики: да нет

Лекарственное средство (ТН)(МНН) _____

Дозировка, способ введения ЛС _____

Последний день приема ЛС _____

Прием по настоящее время: да нет

Администратор ФИО _____

Заказчик ФИО _____

_____/подпись

_____/подпись