Уведомление Потребителя (пункты 20 и 23 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659):

Я, _____, уведомлен(а) о том, что в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях, а также о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

(фамилия, инициалы Потребителя)

_____ (подпись Потребителя)

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг и продажу оптических изделий

(с Потребителем)

г. Москва «____» _____ 20___ г.

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «ВОРЛД ВИЖЕН» (сокращенное наименование – ООО «ВОРЛД ВИЖЕН»), адрес юридического лица: 115054, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Замоскворечье, пер. Стремянный, д. 26, помещ. 1/2; ОГРН 1237700704163 (запись о создании юридического лица внесена в ЕГРЮЛ 18.10.2023 Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве); ИНН 9705210067; тел. +7 (499) 938-97-69, +7 (926) 376-44-44; e-mail: info@worldvision.clinic; адрес официального сайта: https://worldvision.clinic/; лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00769468 от 14.11.2023, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77 (единая справочная)), действует бессрочно; сведения о лицензии размещены в едином реестре лицензий на официальном сайте Росздравнадзора (roszdravnadzor.gov.ru); перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: по адресу: 115054, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Замоскворечье, пер. Стремянный, д. 26, помещ. 1/2 – при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике, медицинскому массажу, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, офтальмологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, офтальмологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): по: экспертизе временной нетрудоспособности; в лице _____ (должность, фамилия, имя, отчество), действующего на основании _____ (Устав / доверенность № ____ от _____),

Потребитель: _____ (Ф.И.О. полностью), дата рождения «____» _____ _____ г., документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____, выдан _____, дата выдачи _____, код подразделения _____; адрес места жительства: _____; иной адрес для направления ответов на обращения (при указании): _____; телефон: _____; e-mail: _____,

в дальнейшем совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее – медицинские услуги) и (или) передать в собственность Потребителя оптические изделия и выполнить работы по изготовлению корригирующих очков (далее – оптические изделия), перечень (наименование и количество), стоимость, срок и место оказания (передачи) которых определены в настоящем Договоре, а Потребитель обязуется оплатить их.

1.1. **Медицинские услуги:**

№	Код услуги по номенклатуре	Наименование медицинской услуги	Кол-во	Цена, руб.	Скидка, %	Сумма с учетом скидки, руб.
1						
2						
3						
		Итого:				

1.2. **Оптические изделия и работы по изготовлению очков** (параметры, рецепт, срок изготовления и способ получения указываются в Заказе № _____ от _____, являющемся неотъемлемой частью Договора):

№	Наименование товара / работы (оправа, очковые линзы, контактные линзы, изготовление очков, тонирование, аксессуары)	Кол-во	Цена, руб.	Скидка, %	Сумма, руб.
1					
2					
	Итого:				

ИТОГО по Договору: _____ (сумма прописью) рублей. Цена не зависит от способа оплаты.

2. Место оказания услуг (передачи товара): _____.

(адрес места осуществления медицинской деятельности по лицензии: 115054, г. Москва, вн.тер.г. муниципальный округ Замоскворечье, пер. Стремянный, д. 26, помещ. 1/2)

3. Срок оказания медицинских услуг: _____. Срок изготовления (передачи) оптических изделий: согласно Заказу.

4. Порядок и способ оплаты (раздел 4 Правил):

☐ 100 % в день подписания Договора; ☐ поэтапно (по этапам лечения) согласно смете; ☐ предоплата за оптические изделия _____ руб. при оформлении Заказа, доплата _____ руб. при получении;

способ: ☐ наличные; ☐ банковская карта; ☐ онлайн-оплата по ссылке; ☐ перевод на расчетный счет; ☐ ДМС (страховая организация _____, полис № _____);

☐ за счет кредита (займа) / рассрочки банка-партнера _____ (кредитный договор № _____ от _____; договор заключается Потребителем с банком, условия кредита определяются банком);

☐ карта рассрочки / кредитная карта банка-партнера;

☐ рассрочка Исполнителя по графику платежей (приложение к Договору): первоначальный платеж _____ руб., остаток _____ руб. в течение ____ месяцев без начисления процентов.

Смета (при ее составлении) является неотъемлемой частью Договора. Потребитель вправе погасить рассрочку досрочно.

5. Подписанием настоящего Договора Потребитель присоединяется к Публичному предложению Исполнителя – Правилам оказания платных медицинских услуг и продажи оптических изделий в ООО «ВОРЛД ВИЖЕН» (далее – Правила), размещенным в доступной и наглядной форме на информационных стендах (стойках регистратуры) в местах оказания медицинских услуг и на официальном сайте https://worldvision.clinic/. Правила содержат общие условия настоящего Договора, в том числе: права и обязанности Сторон (раздел 3), способы и порядок оплаты, в том числе в кредит и в рассрочку, и порядок возврата денежных средств (раздел 4), порядок и условия выдачи медицинских документов без взимания дополнительной платы (раздел 7), ответственность Сторон (раздел 8), порядок изменения и расторжения Договора (раздел 9), условия продажи оптических изделий и изготовления очков (часть III).

6. Согласие на оказание платной медицинской услуги:

Я, _____, проинформирован(а) Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в их реализации, а также о том, что Исполнитель в реализации указанных программ не участвует. Отказ от заключения Договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых без взимания платы.

(фамилия, инициалы Потребителя)

Мне понятно изложенное. Даю добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг за плату.

Потребитель: _____ / _____

7. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах: по одному для Исполнителя и Потребителя (кроме случаев заключения Договора дистанционным способом). По требованию Потребителя и (или) Заказчика Исполнитель направляет экземпляр заключенного Договора (выписку из Договора), подписанный (подписанную) усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного лица Исполнителя.

8. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых обязательств. Кассовые чеки и документы для налогового вычета (при наличии технической возможности) направляются по адресу электронной почты, указанному в Договоре.

9. Подписи Сторон:

Исполнитель: _____ / _____ / _____ М.П.

(должность) *(подпись)* *(Ф.И.О.)*

Потребитель: _____ / _____

(подпись) *(Ф.И.О.)*