**(касса)**

**СПЕЦИФИКАЦИЯ №**

**к Публичному предложению ООО «НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ»**

**о заключении Договора оказания платных медицинских услуг (далее – «Договор»)**

Город Нижний Новгород « » 20 г.

**Общество с ограниченной ответственностью «НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ» (ООО «НМТ»),** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице Генерального директора Снопок Захара Николаевича., действующего на основании Устава, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*ФИО полностью*), именуемый в дальнейшем **«Заказчик» / «Пациент»**, с другой стороны, подписали

настоящую Спецификацию о нижеследующем:

1. В соответствии с пунктом 1.2. Договора Стороны настоящим согласовали:

|  |  |
| --- | --- |
| **№** | **ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ** |
| **Код** | **Наименование медицинских услуг****/лекарственных препаратов/ медицинских изделий** | **Цена, в том числе НДС** | **НДС** | **Кол-во** | **Общая стоимость****(кол-во**×**цена), в том числе НДС** | **Скидка (при наличии)** | **Срок оказанияМедиц инских услуг/ Ф.И.О.****врача- специ алиста** | **Место оказания Медицинских услуг** | **Ф.И.О., дата рождения, паспорт/свидетельство о рождении, место жительства, индекс, телефон, код, №****подъезда,****этаж, район, Пациента(ов)** *(заполняется, если**Пациент не является Стороной по**Договору)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |  |  |  |  |  |  |
| **Способ оплаты (отметить, что** | Наличный расчет **□** | Карта **□** |
| **применимо):** |  |  |
|  | В счет аванса (депозита), уплаченного по Спецификации № от « » 20 г. **□** |
|  | Остаток аванса (депозита) за вычетом стоимости Медицинских услуг по настоящей |
|  | Спецификации: рублей. |

1. Подписывая настоящую Спецификацию Заказчик/Пациент подтверждает, что ему и Пациенту предоставлена Исполнителем в доступной форме информация 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.
2. Настоящим Заказчик/Пациент подтверждает(ют), что Заказчик/Пациент до подписания настоящей Спецификации были уведомлен(ы) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых Медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
3. Настоящая Спецификация вступает в силу с даты ее подписания Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.
4. Все термины и определения, используемые в настоящей Спецификации, имеют то же значение, что и в Договоре.

**Адреса, реквизиты и подписи Сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заказчик/Пациент**ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.Код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Зарегистрирован по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес фактического места жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Иная информация:­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подписанием настоящей спецификации я подтверждаю, что я нижеподписавшийся, ознакомился и согласен со всем изложенным в тексте Публичного предложения Исполнителя о заключении Договора оказания Платных медицинских услуг, размещенного на официальном сайте Исполнителя ([www.nn.medsi.ru](http://www.nn.medsi.ru)) и на информационном стенде (стойке) Исполнителя в месте оказания медицинских услуг.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**Подпись ФИО полностью |   | **ООО «НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ»**Место нахождения: 603022 Нижегородская обл., г. Нижний Новгород ул Окский Съезд, 4 помещ П15б Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01164-52/02180313 от 18.04.2025г., Министерство здравоохранения Нижегородской области: 603022, Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д. 78, тел.: +7(831) 435 30 74ИНН 2301110071, КПП 526201001ОГРН 1232300047000 дата государственной регистрации 30.05.2025г. Тел.: +7 (831) 217 05 30Банковские реквизиты:Р/с 40702810100002018348в ПАО "МТС-Банк" г. МоскваК/с 30101810600000000232БИК 044525232 |