

СПЕЦИФИКАЦИЯ к Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор)

г. Москва

«___» _____ 20__г.

Публичное акционерное общество «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО» (ПАО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Представителя на основании доверенности, с одной стороны, и _____, именуемый/ая в дальнейшем Заказчик, являющийся/щаяся Пациентом или законным представителем Пациента, с другой стороны, подписали настоящую Спецификацию к Договору-оферте на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор-оферта) о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями Договора Стороны согласовали оказание следующих платных медицинских услуг:

№	Класс Услуги	Код Услуги по Прейскуранту Исполнителя	Наименование Услуги по Прейскуранту Исполнителя	Соответствие коду номенклатуры медицинских услуг, утв. Приказом Минздрава России от 13.10.2017г/ N 804н	Срок исполнения, раб. дни	Кол-во	Стоимость Услуги по Прейскуранту Исполнителя, руб.*
1.							
2.							
ИТОГО:							

* Услуги Исполнителя не облагаются НДС на основании п.п. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса Российской Федерации

2. Услуги оказываются в отношении пациентов, указанных в п. 6 Спецификации.

3. Подписанием настоящей Спецификации Заказчик подтверждает, что:

3.1. Ознакомился(-лась) с условиями оферты Исполнителя, размещенной на сайте <https://genetico.ru>, а также на информационных стендах (стойках) по месту нахождения Исполнителя и принимает (акцептует) оферту на изложенных в ней условиях, тем самым заключает с Исполнителем Договор на оказание платных медицинских услуг;

3.2. Ознакомился(-лась) с условиями возврата денежных средств в случае расторжения Договора и согласен(-на) ними;

3.3. До момента подписания настоящей Спецификации и заключения Договора ему/ей была предоставлена 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.

4. Заказчик/Пациент настоящим распоряжается о следующем порядке выдачи результатов Услуг:

☐ Направить на электронную почту, при этом риски несанкционированного доступа третьих лиц к используемому каналу передачи информации и к разглашению персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну Заказчика/Пациента, принимаю на себя.

☐ Выдать на руки в регистратуре Исполнителя по адресу: г. Москва, Проспект Вернадского, д. 96.

5. Спецификация является неотъемлемой частью Договора. Скан-копия Спецификации имеет полную юридическую силу и приравнивается к оригиналу.

6. Контактные данные и подписи Сторон.

Заказчик/Пациент ФИО полностью: _____ Дата рождения: _____ Паспорт серии _____ № _____ Выдан _____ «___» _____ 20__г., код подразделения _____ Адрес места жительства: _____	Исполнитель: Публичное Акционерное Общество «Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО» (ПАО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО») ИНН 9731078633, КПП 773601001, ОГРН 1217700203632, Лист записи по форме № 50007, выдан ФНС России 27 апреля 2021г. Юридический и почтовый адрес: 119333, РОССИЯ, Г. МОСКВА, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ
---	--

Контактный телефон: _____ Адрес электронной почты (в том числе для направления результатов Услуг и ответов на обращения): _____/_____ Подпись _____ ФИО _____ Пациент: ФИО полностью¹: _____ Дата рождения: _____ Согласен(-а) на обработку персональных данных и на направление результатов исследования на электронную почту Заказчика _____/_____ Подпись _____ ФИО _____ Пациент: ФИО полностью¹: _____ Дата рождения: _____ Согласен(-а) на обработку персональных данных и на направление результатов исследования на электронную почту Заказчика _____/_____ Подпись _____ ФИО _____	ГАГАРИНСКИЙ, ГУБКИНА УЛ., Д. 3, К. 1, ПОМЕЩ. 1/1 Место нахождения (фактический адрес): г. Москва, проспект Вернадского, д. 96 р/с 40702810038260018717 в ПАО «Сбербанк России» (г. Москва) к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 телефон: +7 (800) 250-90-75, e-mail: info@genetico.ru, вебсайт: http://genetico.ru/ _____/_____ Должность _____ _____/_____ Подпись _____ ФИО _____ Доверенность № ____ от _____
---	---

¹ Заполняется на всех пациентов помимо Заказчика (если применимо). Ставится подпись всех совершеннолетних и полностью дееспособных лиц, не совпадающих с Заказчиком, в отношении которых проводится оказание Услуг в рамках Спецификации