

**План
оказания медицинских услуг**

г. _____ «___» _____ г.

_____ (Ф.И.О.), именуемый _____ в дальнейшем «Потребитель/Пациент», дата рождения - "___" _____ г., паспорт серии _____ № _____ выдан _____ «___» _____ г., код подразделения _____, иной документ, удостоверяющий личность

Зарегистрированный (ая) _____ по адресу: _____:

адрес фактического проживания: _____, с одной стороны и

и Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Вертикаль» (ООО Медицинский центр «Вертикаль»), адрес местонахождения: 650003, Кемеровская область-Кузбасс, город Кемерово, проспект Ленина, д. 137/3, пом. 1, ИНН /КПП 4205429831/420501001, ОГРН 1254200008336, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»: www.medcentr-vertical.ru, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Вайхель Ирины Кондратовны, действующей на основании устава, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01161-42/04237326 от 28.01.2026 (приказ Министерства здравоохранения Кузбасса от 28.01.2026 №35л). При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы(услуги): При первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии; нейрохирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике, в соответствии с лицензией: _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий План оказания медицинских услуг Потребителю/Пациенту в соответствии с диагнозом _____, поставленным Потребителю/Пациенту _____, и на основании выбранного Потребителем варианта лечения из представленных ему Исполнителем.

N п/п	Наименование услуги	Срок ожидания услуги	Место оказания услуги, ответственное лицо	Стоимость услуги, руб.
1				
2				
	Итого			

Подписи Сторон

Законный представитель
Пациента/Потребителя:

(Ф.И.О)

_____ (подпись)

Исполнитель/ Ответственное лицо:

(Ф.И.О.)

_____ (подпись)