

**Договор-заявка №  
об организации программы лечения/диагностики  
за рубежом**



Remed is a brand of TMS Medical Services Co.

Дата \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

**ЗАО «TMS Sağlık Hizmetleri Sanayi ve Ticaret A.Ş.»**, Турция, в дальнейшем именуемая «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, и гр. ФИО \_\_\_\_\_, именуемый/а в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий Договор.

**Предмет договора:** Исполнитель обязуется оказать Заказчику услуги по организации программы лечения/диагностики за рубежом (далее программа лечение за рубежом), а Заказчик обязуется своевременно оплатить услуги в установленном настоящим договором порядке.

*При заполнении заявки обязательно указывайте достоверную информацию. Подробно заполненная заявка помогает нашему врачу-специалисту в максимальной степени оценить состояние Вашего здоровья и сообщить важные для диагностики и последующего лечения данные соответствующему врачу медицинского центра/клиники. Заявка заполняется и подписывается непосредственно самим пациентом\*.*

По требованию Исполнителя Заказчик обязуется предоставить медицинскую документацию, отражающую достоверную текущую информацию о состоянии своего здоровья.

Поставьте "V" в пунктах, в которых нужно выбрать один из предложенных вариантов ответа.

Фамилия Имя Отчество пациента			
Дата рождения	___ / ___ / ___	Пол: Мужской Женский	Гражданство
Адрес			
Контактные телефоны	Пример: +7 (495) 495 13 26, +7 (913) 469 28 02		
Электронный адрес		Skype	
Профессия или род деятельности	(помогает правильно подобрать программу CHECK UP и определить целесообразность того или иного типа обследования)		
Основной диагноз (если имеется заболевание)			
История заболевания	дополнительно к информации, указанной в медицинском заключении; какое лечение проводилось до настоящего времени и т.д.		
Сопутствующие заболевания (если имеются)			

<p>Есть ли в Вашей семье какие-либо наследственно передающиеся заболевания? (онкология, диабет и т.д.)? Если да, укажите какие.</p>			
<p>Причина обращения</p>			
<p>Наличие вирусных заболеваний</p>	<p>Вирусный гепатит типа А</p> <p>Вирусный гепатит типа В</p> <p>Вирусный гепатит типа С</p> <p>ВИЧ</p> <p>Другое : _____</p>		
<p>Группа крови</p>	<p>0 (I)</p> <p>A (II)</p> <p>B (III)</p> <p>AB (IV)</p> <p>хочу узнать</p>	<p><b>Резус фактор/Rh</b></p>	<p>Rh+</p> <p>Rh-</p> <p>хочу узнать</p>
<p>Наличие аллергии либо аллергической реакции на медикаменты. Указать полное название медикаментов</p>			
<p>Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты? Если да, то укажите их названия</p>			
<p>Есть ли у Вас вредные привычки (курение, употребление спиртных напитков и т.д.)?Если да, укажите, как часто и в каких количествах.</p>			
<p>Сроки пребывания в Турции</p>	<p>с ____/____/ 20____</p> <p>по ____/____/ 20____</p>	<p>Предпочитаемые даты прохождения обследования и назначения консультации с врачом</p>	<p>с ____/____/ 20____</p> <p>по ____/____/ 20____</p>
<p>Основная цель поездки</p>	<p>Обследование по программам CHECK UP тип программы: _____</p> <p>Индивидуальная программа обследования и диагностики</p> <p>Диагностика и <b>нехирургическое</b> лечение в условиях стационара</p> <p>Диагностика и <b>хирургическое</b> оперативное лечение в условиях стационара</p> <p>Пластическая/реконструктивная хирургия</p> <p>Диагностика и лечение в условиях реабилитационной клиники</p> <p>Оздоровительный отдых (включает программы похудения и детокса)</p>		
<p>Укажите, пожалуйста, название CHECK UP программы, по которой Вы хотите пройти обследование</p>			

<b>Если Вы хотите взять дополнительную программу CHECK UP, пожалуйста, укажите ее название</b>		
<b>Если Вы хотите получить дополнительную консультацию какого-либо врача, пожалуйста, выберите его из предложенного списка</b>	Кардиолога	
	Офтальмолога	
	Гинеколога	
	Уролога	
	Гастроэнтеролога	
	Невропатолога	
	Стоматолога	
	Ортопеда/Травматолога	
	Отоларинголога	
	Диетолога	
<b>Консультации другого специалиста</b>		
<b>Размещение для стационарного лечения/обследования</b>	одноместное	
	двухместное	
	повышенной комфортности	
<b>Вы планируете ехать на обследование/лечение</b>	один/одна	
	с сопровождающим лицом: <i>ФИО</i>	
<b>Сопровождающее лицо будет проживать</b>	в стационаре со мной (если такая услуга предоставляется больницей)	
	в отеле __ звезд	
	в жилых апартаментах	
	<i>(если бронь отеля либо апартаментов сделана самостоятельно, укажите название отеля и его адрес/адрес апартаментов)</i>	
<b>Исполнитель обязуется организовать услуги, обозначенные Заказчиком в разделе «Пакет предоставляемых Исполнителем услуг» (далее по тексту услуги Исполнителя).</b>		
<b>Пакет предоставляемых Исполнителем услуг</b>	консультация и помощь при подготовке документов для получения визы (для пациентов из визовых стран).	
	бронирование и покупка авиабилетов	
	бронирование и оплата отеля/апартаментов	
	трансфер (из аэропорта в отель размещения/апартаменты)	
	обратный трансфер (из отеля размещения/апартаментов в аэропорт)	
	трансфер из отеля размещения в медицинский центр и обратно в сопровождении консультанта-переводчика компании "Remed"	
	экскурсии по достопримечательностям города	
	трансфер (из отеля размещения/апартаментов в аэропорт)	
	дополнительные вспомогательные средства передвижения(кресло-каталка и т.д.)	
	телефонная связь на территории Турции (предоставления мобильного телефона с SIM-картой местного оператора)	
	иные услуги	
<b>Тип отеля</b>	3*   4*   5*   5+*	
<b>Тип отельного номера</b>	стандартный одноместный	люкс (suite)
	двухместный (DBL) с одной кроватью	дуплекс
	двухместный (TWN) с двумя кроватями	апартаменты (номер квартирного типа)
	трехместный семейный	президентские апартаменты
<b>Отдельные жилые апартаменты</b>	квартирного типа:    1-комнатные    2-комнатные    3-комнатные    4-комнатные	
	вилла	

**Особые пожелания****Порядок оплаты:**

- Общая стоимость услуг Исполнителя, обозначенных Заказчиком в Заявке (за исключением лечения/диагностики), определяется счётом № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора-заявки (далее счёт).

3

- Организация услуг осуществляется после поступления предоплаты на расчетный счет Исполнителя.  
- Заказчик вправе отказаться от программы лечения за рубежом. В случае если аннуляция произойдет после организации услуг Исполнителем, Заявка аннулируется с удержанием из предоплаты неустойки в размере фактически понесенных расходов и гонорара Исполнителя.

**Исполнитель не несет ответственность****РЕКВИЗИТЫ СТОРОН****ИСПОЛНИТЕЛЬ****ЗАКАЗЧИК****Полное фирменное наименование:**

TMS Sağlık Hizmetleri Sanayi ve Ticaret A.Ş

Güzeloba Mah. Çağlayangil Cad.

Şirin İş Merkezi 34/D

07230 Muratpaşa, Antalya/Turkey

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_

(подпись, печать)

(расшифровка подписи)

**Ф.И.О** \_\_\_\_\_**Гражданство:** \_\_\_\_\_**Номер загран. Паспорта:** \_\_\_\_\_**Заказчик:** \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)