

Утверждено
Генеральным директором управляющей организации
ООО «Докдети» Кучебо А.М.

Правила возврата денежных средств пациентам за неоказанные медицинские услуги.

Данные правила разработаны в соответствии с законодательством РФ и определяют порядок возврата денежных средств за неоказанные медицинские услуги в клиниках под управлением ООО «Докдети» (ООО «Докмед», ООО «Докдент», ООО «Докмед Запад», ООО «ЦСП», ООО «Докдети Октябрьское Поле, ООО «Докмед Эко») (далее – Клиника) в случае неоказания платных медицинских услуг и/ или возврата неиспользованных услуг по комплексным программам.

1. В каких случаях возможен возврат?

Возврат денежных средств производится, если оплаченная услуга не была оказана, а именно:

- услуга была оказана не в полном объеме;
- услуга не была оказана, несмотря на внесение аванса;
- при расторжении договора на комплексную программу (ведение беременности, ЭКО, годовое обслуживание и др.) с перерасчетом стоимости фактически полученных услуг.
- обнаружена счетная ошибка (ошибочный платеж).

Возврат не производится:

- если прием был перенесен по инициативе пациента, и новый срок согласован.
- при нарушении пациентом правил внутреннего распорядка клиники.

2. Как оформить возврат? Основное требование

Для возврата необходимо предоставить в Клинику заявление установленного образца. **Важное исключение:** Возврат денежных средств за отмененный прием к специалисту, запись к которому возможна только по предоплате, осуществляется ТОЛЬКО при предоставлении в клинику ОРИГИНАЛА заявления, заполненного собственноручно. Скан-копии или фотографии заявления в этом случае не принимаются и не являются основанием для начала процедуры возврата.

Данная мера введена в целях безопасности финансовых операций, предотвращения мошенничества и однозначной идентификации воли пациента.

Оригинал можно передать лично или отправить почтовым отправлением по адресу Клиники.

3. Какие документы нужны?

- заполненное заявление на возврат.
- оригинал документа, подтверждающего оплату (чек, квитанция). При утере- оплата подтверждается по внутренним данным клиники.
- для возврата наличными денежными средствами дополнительно требуется оригинал паспорта.

4. Способы и сроки возврата

4.1. Безналичный возврат (если оплата была по карте или банковским переводом): Денежные средства возвращаются на банковскую карту или расчетный счет, указанные в заявлении.

Срок: до 10 (десяти) рабочих дней с момента получения клиникой правильно оформленного заявления.

4.2. Возврат наличными (если оплата была произведена наличными в кассе клиники): Денежные средства возвращаются в кассе той же клиники при личном визите.

Срок: в день обращения при наличии всех документов и необходимой суммы в кассе.

5. Исключительные случаи

5.1. В случае, если пациент не может лично подать заявление, он может написать нотариальную доверенность на своего представителя. Копия доверенности прикладывается к заявлению.

5.2. Все спорные ситуации, не урегулированные данными Правилами, решаются в соответствии с законодательством РФ.

6. Контакты для вопросов

По всем вопросам, связанным с возвратом денежных средств, просим обращаться к администраторам вашей клиники.

Приложение № 1
к Положению о возврате денежных средств за неиспользованные услуги

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ВОЗВРАТ НАЛИЧНЫМИ

Уважаемые пациенты!
При заполнении заявления просим обратить внимание, что возврат денежных средств возможен только тем способом, которым осуществлялась оплата.



Генеральному директору Управляющей
организации ООО «ДОКДЕТИ»
Кучебо А.М.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Паспорт РФ: серия _____ номер _____

Выдан _____

Дата выдачи: _____

Код подразделения: _____

Контактный номер телефона:

Заявление

Прошу вас осуществить возврат денежных средств в размере _____ руб.
(_____),

уплаченных за указанный услугу: _____

ФИО пациента: _____ Номер договора _____

Причина возврата: _____

« ____ » _____ 2025 года. Подпись _____

Сумма, указанная в заявлении получена в полном объеме « ____ » _____ 2025 года.

Претензий к медицинской организации не имею.

Подпись _____

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА ВОЗВРАТ НА БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ



Генеральному директору Управляющей
организации ООО «ДОКДЕТИ»

Кучебо А.М.

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Телефон _____

Заявление

Прошу вас осуществить возврат денежных средств в размере _____ руб.,
оплаченных за (указать услугу) _____

ФИО пациента: _____ Номер договора _____

Причина возврата:

**Прошу вернуть денежные средства на карту, использованную при оплате
услуг по ссылке PAYSELECTION**

Дата оплаты: ____ . ____ . 2025 года.

Прошу вернуть денежные средства на указанный ниже расчетный счет

Номер счета: 40817 810 _____

Корр. счет: 30101 810 _____

Наименование банка: _____

БИК: _____

ФИО держателя расчетного счета полностью: _____

Претензий к медицинской организации не имею.

Подпись: _____

_____ 2025 г.

(Ф.И.О.)

