

Договор об оказании платных медицинских услуг № В ООО "Медицинский центр «Нова Вита»

г. Ростов-на-Дону

« ____ » _____ 202__ г.

ООО «Медицинский центр «Нова Вита», лицензия № ЛО41-01050-61/00348456 от 09.04.2020 г., выданной Минздравом Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, д. 33, тел. +7 (863) 242-41-09), при оказании первичной, в том числе доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, психиатрии, психотерапии, рефлексотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии, психиатрии,

в лице директора Кашина Александра Александровича, действующего на Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

(ф.и.о./наименование Заказчика)

Паспорт _____ серия ____ № ____ Выдан « ____ » _____ года, _____

зарегистрирован _____
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу

Потребителя (Пациента)

Свидетельство о рождении № _____ Выдан « ____ » _____ года _____

зарегистрирован _____

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги (далее – «Услуги») согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик (Потребитель) принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых услуг, их стоимость, сроки оказания услуг определяются сторонами на основании ст.429.1 Гражданского Кодекса РФ в дополнительных соглашениях к настоящему договору, являющиеся неотъемлемой частью Договора, подписываемых между Исполнителем и Заказчиком (Потребителем).

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель имеет право:

- Требовать от Заказчика (Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.
- В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.
- Отсрочить или отменить оказание услуги, в том числе в день назначения, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по общему состоянию здоровья.
- Оставить в своем распоряжении все результаты обследований,.
- При отсутствии возможностей у Исполнителя для проведения диагностических, консультационных, лечебных манипуляций, Исполнитель в праве направить Заказчика (Пациента) в иную медицинскую организацию.
- Требовать оплаты оказанных услуг.
- Передавать информацию об объеме и стоимости лечения по требованию суда, правоохранительных органов, а также третьим лицам в случае, если оплата этого лечения осуществлялась ими.
- Производить фотопотоколирование клинической ситуации, результатов лечения.
- Устанавливать систему видеонаблюдения, направленную на обеспечение безопасности рабочего процесса, поддержание порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций и обеспечение объективности расследования в случаях их возникновения.

2.2. Заказчик (Потребитель) имеет право:

- Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.
- Выбирать время приема у врача из имеющихся свободных врачей.

Ознакомлен: _____

Подпись Заказчика (Потребителя)

- На добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством.
- Знакомиться с документами, получить медицинскую справку.
- Получить документы для социального вычета.
- На получение информации о своих правах и обязанностях, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- Отказаться от исполнения услуг, посредством предоставления письменного отказа от лечения, при условии полной оплаты части оказанных услуг, фактически выполненных до получения извещения об отказе Заказчика (Потребителя) от исполнения договора.
- Получить в доступной форме информацию о платных услугах;
- На возмещение вреда, причинённого здоровью при оказании ему медицинской помощи.
- На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.

2.3. Исполнитель обязан:

- Обеспечить Заказчика (Потребителя) информацией о перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведениями об уровне профессионального образования и квалификации специалистов.
- Оказать услуги с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- Соблюдать обязательства по срокам и условиям гарантии, и при возникновении гарантийного случая безвозмездно оказать услуги по устранению проблемы.
- По первому требованию Заказчика (Потребителя) сообщать ему сведения, относящиеся к характеру услуг, указанных в п. 1 настоящего договора.
- Соблюдать принцип конфиденциальности, полученной от Заказчика (Потребителя) информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг.

2.4. Заказчик (Потребитель) обязан:

- Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление услуг, в том числе выполнять устные и указанные в памятках, приложениях к Договору рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, включая сведения о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, принимаемых препаратах, соблюдать график визитов для диагностики, лечения и плановых осмотров.
- Выполнять план лечения.
- Оплатить стоимость предоставленных услуг по факту их оказания согласно стоимости по прейскуранту Исполнителя на день оказания услуг.
- **Явиться в клинику за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита.**
- Соблюдать правила внутреннего распорядка в клинике Исполнителя, подписывать информированные добровольные согласия на оказание услуг, план лечения, другие приложения амбулаторной карты и приложения к настоящему Договору.
- Соблюдать правила распорядка для пациентов;
- В случае отказа от продолжения лечения у Исполнителя, Заказчик (Потребитель) обязан письменно уведомить об этом Исполнителя и расторгнуть договор, оплатив оказанные услуги и все фактические понесенные Исполнителем расходы.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных стоматологических услугах.

3.3. Основанием для предоставления услуг является подписанное Пациентом информированное добровольное согласие на получение медицинской услуги

3.4. Срок оказания услуг, а также объем и их стоимость, зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врача. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Заказчика (Потребителя) к Исполнителю.

3.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Заказчика

(Потребителя). Отказ Заказчика (Потребителя) от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется письменно с разъяснением ему последствий такого отказа.

3.6. Если в процессе оказания услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

3.7. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем каждый раз.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость договора состоит из совокупной стоимости фактически оказанных Заказчику (Потребителю) медицинских услуг, согласно действующему прейскуранту Исполнителя на день оказания услуги.

Перечень оказанных платных медицинских услуг

№	Наименование медицинской услуги	Ед.изм.	Количество	Цена	Сумма, руб

4.2. Оказанные в соответствии с п. 3.6 настоящего договора дополнительные услуги оплачиваются Заказчиком (Потребителем) по расценкам действующего прейскуранта.

4.3. Заказчик (Потребитель) обязан оплачивать услуги Исполнителя после каждого приема у врача в размере полной стоимости фактически оказанных в данное посещение услуг по расценкам действующего на момент подписания настоящего договора прейскуранта.

4.4. С согласия Заказчика (Потребителя) и Исполнителя услуги могут быть оплачены в полном объеме предоплатой или частично путем внесения аванса. При досрочном расторжении договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат ранее внесенного аванса Заказчику (Потребителю) наличными в течение 10 рабочих дней с момента расторжения договора по заявлению Заказчика (Потребителя).

4.5. Форма оплаты: наличный расчет через кассу и безналичный расчет через расчетный счет клиники.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ КОПИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения договора Исполнителем, Потребитель либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них Потребитель либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель потребителя дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения Потребителем (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в Приказе Минздрава РФ от 31.07.2020г. № 789н., и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Заказчиком (Потребителем).

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение года.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

9.2. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.4. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

9.5. Расторжение Договора возможно по факту выполнения сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Заказчика (Потребителя), оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, по инициативе Исполнителя, если Потребитель отказывается следовать рекомендациям Исполнителя, связанным с лечебным процессом, либо иным образом нарушает правила оказания услуг Исполнителем, по обоюдному согласию Сторон, путем направления письменного предложения о расторжении Договора, в соответствии с пунктами настоящего Договора, либо в спорных случаях - по решению суда согласно Законодательству РФ.

9.7. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. В случае, если договор заключается между Потребителем и Исполнителем, он составляется в двух экземплярах.

10. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО Медицинский Центр «Нова Вита» 344082, г. Ростов-на-Дону, ул. Темерницкая, 35а р/сч. № 40702810600000021237 в ПАО КБ «Центр-инвест» г. Ростова-на-Дону БИК 046015762 ИНН 6164118010 КПП 616401001 Директор / _____ / (А.А. Кашин) М.П.	ЗАКАЗЧИК: Ф.И.О. (полностью): _____ Паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан _____ Адрес места жительства: _____ Телефон: _____ / _____ / (Подпись) (Ф.И.О.) ПАЦИЕНТ: Ф.И.О. (полностью): _____ Паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан _____ Адрес места жительства: _____ Телефон: _____ / _____ / (Подпись) (Ф.И.О.)
---	---