

Договор №
на оказание платных медицинских услуг
Func('FullDate', Date)

г. Горно-Алтайск

ООО "Евромедцентр", действующее на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице уполномоченного лица от имени Исполнителя на заключение договоров с амбулаторно-поликлиническими пациентами Медицинского регистратора Табышкиной Натальей Ивановной, действующая на основании доверенности от 09.01.2017 № 01, с одной стороны и гражданин (-ка) _____ именуемый в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берёт на себя обязательства оказать Потребителю следующие медицинские услуги, согласно Перечню осуществляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ (далее - услуга, медицинская услуга):

№ п.п	Наименование услуги	Стоимость услуги, руб.	Количество услуг	Общая стоимость, руб
1				

а Потребитель обязуется оплатить их в порядке, установленном настоящим Договором.

1.2. Непосредственным исполнителем услуги является:
(Ф.И.О. врача, оказывающего услугу)

1.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии: № ЛО-04-01-000326 от 11.11.2015г., выданной Министерством здравоохранения Республики Алтай (649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, 54, тел: 8 (38822) 2-20-78).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Потребитель обязуется:

2.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п.3 настоящего договора;

2.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п.1.1. заболевания.

2.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя при назначении и во время всего курса лечения (сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия; согласовать с лечащим врачом или с дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.);

2.1.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов и внутренний режим нахождения в медицинской организации.

2.1.5. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152 – ФЗ «О персональных данных», Заказчик подписанием настоящего договора подтверждает свое согласие на обработку персональных данных.

2.2. Потребитель имеет право:

2.2.1. Требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.

2.2.2. Выбрать лечащего врача (с учетом согласия).

2.2.3. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.

2.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме).

2.2.5. Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.2.6. Отказаться от получения Услуги (до момента её оказания) и получить обратно сумму с возмещением исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказывать квалифицированные, качественные, безопасные медицинские услуги, с сохранением врачебной тайны, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями в срок, указанный в данном Договоре.

2.3.2. Использовать в процессе лечения зарегистрированные медицинские технологии.

2.3.3. В случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю стоимость лечения.

2.3.4. Не использовать без согласия с Потребителем способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Потребителя.

2.3.5. Выдать Потребителю кассовый чек или иной документ, подтверждающий прием наличных денег за услуги.

2.3.6. Ознакомить Потребителя с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления.

2.3.7. Предоставить Потребителю понятную и доступную информацию о условиях предоставления, ходе оказания медицинской услуги, 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.

2.3.8. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении медицинских услуг;

б) информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

в) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Требовать от Потребителя соблюдения: графика прохождения процедур и режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.

2.4.2. Использовать результаты, описание хода лечения и прочную информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

2.4.3. В случае возникновения неотложных состояний Исполнитель самостоятельно определить объем исследований и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим Договором.

3. Цена и порядок оплаты услуг.

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет _____.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путём внесения денежных средств в кассу Исполнителя. Или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, сложности операции иных затрат на лечение. Данные изменения к договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4 Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг, место оказания услуги

4.1. До заключения договора Потребитель уведомляется Исполнителем в письменной форме о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

4.2. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения (копии медицинских документов, выписки из них — на основании письменного заявления);

копии документов, относящиеся к деятельности Исполнителя (учредительные документы, лицензию).

4.3. При оказании медицинских услуг Исполнитель соблюдает установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.4. Началом оказания услуги, указанной в разделе 1 настоящего договора является день заключения договора.

4.5. **Срок исполнения услуг:** от одного до семи рабочих дней в зависимости от вида оказываемой услуги.

4.6. Услуга считается оказанной после получения Потребителем заключения по результатам диагностического обследования. **Выдача анализов осуществляется в регистратуре Исполнителя: с 13.00 до 15.00, ежедневно.**

4.7. Место осуществления медицинской деятельности: 649000, Республика Алтай, г. Горно-Алтайск, пр. Коммунистический, 78

5. Ответственность сторон

5.1. В соответствии с законодательством Российской Федерации Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

5.2. Потребитель, пользующийся платными медицинскими услугами, вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. В случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.

6. Разрешение споров

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путём ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного выполнения обеими сторонами своих обязательств.

7.2. Изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.

7.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО "Евромедцентр", 649002, г. Горно-Алтайск, ул. Заводская, 13

тел.(388-22)-64640, регистратура 2-29-79

ИНН: 0411162110, ОГРН 1120411005406 выдан МРИ ФНС № 5 по Республике Алтай,

БИК: 048405001

Р/сч 40702810602350050593 в Отделении № 8558 Сбербанка

России г. Горно-Алтайск

Пациент:

Ф.И.О. _____

Адрес места прож: _____

Адрес постоянного места жительства: страна __, регион __, населенный пункт _____, улица _____, дом __, строение __,

корпус __, квартира __, телефон: _____

Медицинский регистратор _____ Табышкина Н.И.
м.п.

(подпись)