



ИНТЕГРАМЕД

Россия 107023 Москва, Мажоров переулок, д.7-7а, стр.8
тел.(495) 964 11 83 факс: (495) 730 95 80 mail: clinic@integramed.info
www.integramed.info

ДОГОВОР

ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ года

Общество с ограниченной ответственностью «ИнтеграМед», в лице Генерального директора Кулешова Андрея Владимировича действующего на основании Устава, лицензии на медицинскую деятельность N ЛО-77-01-002208, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы на срок с "26" января 2010 г. до «26» января 2015 г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", с одной стороны, и гражданин: _____ проживающий по адресу: _____

именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту следующие медицинские услуги: _____

отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые в дальнейшем "медицинские услуги".

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

- 2.1.1. оплатить **медицинские услуги** в размере и порядке, указанные в **пункте 3.1.** 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.
- 2.1.3. соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 2.1.4. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;
- 2.1.5. при прохождении всего курса лечения не употреблять наркотики, алкоголь, табак.
- 2.1.6. согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.2. Пациент имеет право:

- 2.2.1. требовать от **Исполнителя** расчета стоимости оказываемых услуг;
- 2.2.2. 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. требовать проведения консилиума или консультаций других специалистов из других лечебных медицинских учреждений;
- 2.2.5. отказаться в письменной форме от хирургического вмешательства;
- 2.2.6. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны);
- 2.2.7. дать добровольное согласие в письменной форме на хирургическое вмешательство;
- 2.2.8. отказаться от получения **медицинских услуг** полностью или частично;
- 2.2.9. оказаться от услуг лечащего врача и выбрать другого лечащего врача.

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. оказать **медицинские услуги** качественно в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в сроки, указанные в настоящем договоре;
- 2.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья **Пациента** (врачебную тайну).

2.4. Исполнитель имеет право:

- 2.4.1. требовать от **Пациента**:
 - соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний.
- 2.4.2. По своему усмотрению продлить курс лечения **Пациента**, но не более чем на _____ дней;
- 2.4.3. использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных **Пациента**, достаточных для его идентификации;
- 2.4.4. в случае возникновения неотложного состояния **Пациента** **Исполнитель** имеет

право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором;

3. Цена и порядок оплаты услуг

- 3.1.** Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом и составляет сумму _____ рублей.
- 3.2.** Оплата **медицинских услуг** осуществляется **Пациентом** в порядке **100-процентной** предоплаты до получения **медицинских услуг** путем внесения наличных денежных средств в кассу **Исполнителя** и/или перечисления 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 **Пациента**. Изменение цены с учетом уточненного диагноза и иных затрат производится в простой письменной форме путем подписания обеими сторонами дополнения к настоящему договору.

4. Срок выполнения медицинских услуг

- 4.1.** Медицинские услуги, упомянутые в пункте 1.1. настоящего договора, должны быть выполнены **Исполнителем** не позднее _____ календарных дней после подписания настоящего договора.
- 4.2.** Сроки, указанные в пункте 4.1. настоящего договора, могут быть увеличены или уменьшены, если в процессе выполнения **медицинских услуг** появятся обстоятельства, влияющие на увеличение или уменьшение срока, указанного в пункте 4.1. настоящего договора.

5. Ответственность сторон

- 5.1.** **Исполнитель** гарантирует качество услуг, оказываемых **Пациенту** в рамках настоящего договора.
- 5.2.** В случае невозможности исполнения обязательств по настоящему договору, возникшей по вине **Пациента**, услуги подлежат оплате **Исполнителю** в полном объеме.
- 5.3.** В случае досрочного расторжения договора по инициативе **Пациента** по причинам, не зависящим от **Исполнителя**, **Пациент** оплачивает **Исполнителю** фактически выполненные **медицинские услуги**, а также возмещает фактически понесенные **Исполнителем** убытки в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.4.** В случае причинения вреда здоровью или жизни **Пациента** по вине **Исполнителя** он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

5.5. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, **Пациент** возмещает **Исполнителю** фактически понесенные им расходы.

6. Порядок разрешения споров

6.1. **Пациент** и **Исполнитель** примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего договора или в связи с ним, путем переговоров.

6.2. В случае если **Стороны** не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.

7. Общие положения

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

7.2. Любая договоренность между **Сторонами**, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего договора, должна быть письменно подтверждена **Сторонами** и соответствующее дополнение должно быть подписано к настоящему договору.

7.3. После подписания настоящего договора все предыдущие письменные и устные соглашения, переговоры и переписка между **Сторонами** теряют силу, если на них отсутствует ссылка в настоящем договоре.

7.4. Настоящий договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.5. По вопросам, не отраженным в настоящем договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

8. Адреса и банковские реквизиты сторон

Заказчик:

Юридический адрес: _____

Фактический адрес: _____

Телефон _____, _____

факс _____ email _____

ОГРН _____ ИНН _____

КПП _____

Расчетный счет N _____

в банке _____

Корреспондентский счет: _____

БИК _____ ОКПО _____

ОКОНХ _____ ОКATO _____

Исполнитель:

ООО «ИнтеграМед»

Юридический адрес: 107023, г. Москва,
Мажоров переулок, дом 7-7А, стр. 8.

Фактический адрес: 107023, г. Москва,
Мажоров переулок, дом 7-7А, стр. 8.

Телефон: (495) 7309580 **Факс:** (495) 9641183

email: clinic@integrated.info

ОГРН: 1077764007210 **ИНН:** 7719662574

КПП: 771901001,

Расчетный счет:

N 40702810438290012749,
«Сбербанк России ОАО» г. Москва,
Стромынское ОСБ 5281,

Корреспондентский счет:

30101810400000000225,

БИК 044525225.

В случае изменения юридического адреса, расчетного счета или обслуживающего банка **Стороны** обязаны в 15 (пятнадцати) дневный срок уведомить об этом друг друга.

Подписи сторон:

Заказчик:

М.П.

Исполнитель:

Генеральный директор
ООО «ИнтеграМед»

_____ **А.В. Кулешов**

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

К договору на оказание медицинских услуг № _____ от « ____ » _____ 20 ____ года

Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Подписи сторон:

Заказчик:

М.П.

Исполнитель:

Генеральный директор
ООО «ИнтеграМед»

_____ А.В. Кулешов

М.П.