Договор об оказании платных медицинских услуг №222

г. Чебоксары "08" Февраля 2016 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностическая поликлиника», в лице Склифосовской С.Ф, действующей на основании доверенности № 1 от 04.01.2016 г., осуществляющее свою деятельность на основании свидетельства ОГРН серия 21 № 002361039, выданного ИФНС по г. Чебоксары 11.03.2013 года, и лицензии № ЛО-21-01-001300, выданной 22 июля 2015 г. бессрочно Министерством здравоохранения Чувашской Республики *(428004, Чувашская Республика, Президентский бульвар, д. 17, тел. (8352) 62-35-94),* (номенклатура работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, представлен в приложении №1 к настоящему договору), именуемое далее ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и гражданин(ка) (законный представитель гражданина(ки) Сидоров Сидор Сидорович

паспорт серии 9710 номер 988745 выдан 2013-02-11 Отделом УФМС России по ЧР , проживающий(щая) по адресу гор. Чебоксары, действующий(щая) на основании добровольного волеизъявления, именуемый(ая) далее ПАЦИЕНТ, с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ платные медицинские услуги (далее - услуги) в помещении ИСПОЛНИТЕЛЯ, расположенном по адресу: *г. Чебоксары, ул. ул. Ярославская, дом 72, подъезд 1,* надлежащего качества, а ПАЦИЕНТ обязуется своевременно оплатить их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. При заключении настоящего Договора ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПАЦИЕНТУ исчерпывающую Информацию о видах, сроках и стоимости возможных оказываемых услуг.

1.3. Медицинские услуги, в т.ч. не предусмотренные Договором дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, оказываются ПАЦИЕНТУ только с его согласия.

1.4. При заключении настоящего Договора ПАЦИЕНТ имеет право не предоставлять свои персональные данные ИСПОЛНИТЕЛЮ (анонимное оказание медицинских услуг)[[1]](#footnote-1).

1.5. Срок оказания медицинских услуг с 2016-02-08 г. по 2016-02-15г.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ. СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость и перечень услуг по настоящему договору определяется в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оплаты и отражается в акте оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата услуг производится ПАЦИЕНТОМ на условиях 100% предоплаты за весь комплекс услуг, предусмотренных планом лечения, либо по итогам каждого посещения врача, путем внесения наличных денежных средств, в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ. В случае необходимости, индивидуальный график оплаты лечения согласовывается с лечащим врачом.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

3.1.1. самостоятельно определять характер и объем исследований и манипуляций для установления диагноза и надлежащего лечения, длительность лечения, объем медицинских услуг, в соответствии с состоянием здоровья ПАЦИЕНТА;

3.1.2. при необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с ПАЦИЕНТОМ;

3.1.3. не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты ПАЦИЕНТОМ услуг.

3.1.4. в одностороннем порядке изменять стоимость медицинских услуг, предварительно уведомив ПАЦИЕНТА.

3.1.5. расторгнуть настоящий договор и оказаться от дальнейшего оказания услуг в случае отказа ПАЦИЕНТА от медицинского вмешательства, дополнительного комплекса обследования, лечения, нарушения предписаний и рекомендаций врача, некорректного поведения в отношении персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

3.2.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и согласованными планами лечения, в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

3.2.2. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

3.2.3. обеспечить ПАЦИЕНТА информацией, включающей сведения об имеющемся у ИСПОЛНИТЕЛЯ разрешении (лицензии), о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;

3.2.4. обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему договору обязательств силами собственных специалистов и/или с привлечением сил и средств иных медицинских учреждений, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг;

3.2.5. обеспечить ПАЦИЕНТУ непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по его письменному требованию или письменному требованию его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья ПАЦИЕНТУ;

3.2.6. вести учет видов, объемов и стоимости оказываемых ПАЦИЕНТУ медицинских услуг;

3.2.7. информировать ПАЦИЕНТА о возможных осложнениях и рисках лечения;

3.2.8. в случаях непредвиденного отсутствия лечащего врача, согласовать с ПАЦИЕНТОМ кандидатуру заменяющего врача, или перенести прием на другое время, с согласия ПАЦИЕНТА.

3.2.9. Уведомлять ПАЦИЕНТА об изменении условий настоящего договора, стоимости медицинских услуг не менее чем за 10 (десять) календарных дней до их введения в действие путем размещения на информационном столе в вестибюле клиники и на интернет-сайте www.endoscopy21.ru

3.3. ПАЦИЕНТ имеет право:

3.3.1. получать квалифицированные медицинские услуги;

3.3.2. в любой момент отказаться от получения медицинских услуг при условии предоставления ИСПОЛНИТЕЛЮ письменного отказа от медицинского вмешательства и полной оплатой фактически оказанных услуг;

3.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие ПАЦИЕНТА на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации.

3.3.5.предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

3.4. ПАЦИЕНТ обязуется:

3.4.1. своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги;

3.4.2. выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать рекомендации врачей, аккуратно посещать контрольные осмотры, выполнять все назначения медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.4.3. являться на лечение к врачу по времени, указанному в талоне на прием.

3.4.3. предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ необходимую и достоверную информацию, путем собственноручного заполнения опросной части амбулаторной карты. ПАЦИЕНТ обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.4.4. возместить убытки в случае причинения ущерба ПАЦИЕНТОМ имуществу Исполнителя.

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору ПАЦИЕНТ и ИСПОЛНИТЕЛЬ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью ПАЦИЕНТА в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в том числе, если негативные последствия по окончании оказания медицинских услуг имели место вследствие побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма конкретного ПАЦИЕНТА, а также при нарушении ПАЦИЕНТОМ предписаний лечащего врача.

4.4. Оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги считаются исполненными с надлежащим качеством, если ПАЦИЕНТ не заявил претензии до истечения срока действия настоящего договора, предусмотренного п. 6.1.настоящего договора.

**5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания обеими сторонами и действует до выполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Все разногласия между сторонами будут разрешаться путём переговоров, а также в претензионном порядке урегулирования спора. Срок для рассмотрения претензии устанавливается в 7 дней, при этом стороны должны учитывать разумное время работы почты и время для ответа и подготовки документов. При не достижении соглашения, все разногласия разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.3. Любые соглашения сторон по изменению и или дополнению условий настоящего договора имеют силу в том случае, если они оформлены в письменном виде, подписаны сторонами договора и скреплены печатями сторон.

5.4. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в случаях предусмотренных насоящим договором и действующим законодательством

5.5. В случае отказа ПАЦИЕНТА после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом ПАЦИЕНТ обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**6. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

6.1. ПАЦИЕНТ уведомлен, что платные медицинские услуги не финансируются из бюджета.

6.2. ПАЦИЕНТ подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях платных медицинских услуг, условиях их бесплатного предоставления и оплачивает цену настоящего договора по собственной инициативе.

6.3. ПАЦИЕНТ подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора ИСПОЛНИТЕЛЬ ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006); ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке; уведомил его 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; уведомил ПАЦИЕНТА 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

6.4. Подписав настоящий Договор, ПАЦИЕНТ (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностическая поликлиника»  Адрес: 428003, г. Чебоксары, ул. Ярославская, дом 72, подъезд 1.  ОГРН:113213000972 ИНН/ КПП: 2130117243/213001001  Р/сч 40702810400200001722 в Филиале ПАО Банк АВБ,  г. Чебоксары  Тел./факс (8352) 217766; 216699    М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Склифосовская С.Ф | Ф.И.О. Сидоров Сидор Сидорович  паспорт/свидетельство о рождении: сер. 9710 № 988745  выдан 2013-02-11  адрес: гор. Чебоксары  телефон 8908900440  подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

1.  *от предоставления персональных данных отказываюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [↑](#footnote-ref-1)