

Договор _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Нижний Новгород

«___» _____ г.

ООО «Здравсервис», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ года, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах _____, именуемого в дальнейшем «Потребитель/Пациент», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе.

- 1.1.1. Наименование организации: Общество с ограниченной ответственностью «Здравсервис»
- 1.1.2. Адрес местонахождения : 603043 г. Нижний Новгород, улица Комсомольская, дом 2 Б
- 1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: г. Нижний Новгород, улица Комсомольская, дом 2 Б
- 1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1095258006910, дата регистрации: 24.12.2009 года, данные о регистрирующем органе Инспекция Федеральной налоговой службы России по Ленинскому району г. Нижнего Новгорода, ИНН 5258087950.
- 1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия ЛО41-0164-52/00367950 от 21.12.2020 года, выдана Министерство здравоохранения Нижегородской области ,г. Нижний Новгород, ул. Малая Ямская 78,тел. 435-30-74.
- 1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.
- 1.1.7. Сайт www.радугаздоровья.рф

2. Сведения о Заказчике.

- 1.2.1. Фамилия, имя и отчество _____
- 1.2.2. Дата рождения _____
- 1.2.3. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____.
- 1.2.4. Телефон: _____.
- 1.2.5. Данные документа, удостоверяющего личность: _____

1.3. Сведения о Потребителе/Пациенте.

- 1.3.1. Фамилия, имя и отчество _____
- 1.3.2. Дата рождения _____
- 1.3.3. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____.
- 1.3.4. Телефон: _____.
- 1.3.5. Данные документа, удостоверяющего личность: _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги/комплекс медицинских услуг в соответствии с Приложением (Дополнительным соглашением) к настоящему Договору, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель и/или Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, в порядке и в сроки, установленные Договором.

2.2. При необходимости Потребителю, с его согласия, могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень которых определяется в дополнительном соглашении № 1 к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Организовывать и оказывать медицинские услуги в соответствии лицензией и действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, а так же дополнительных услуг, необходимых для исполнения договора.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.4. После исполнения Договора/получения медицинской услуги, по письменной заявке Потребителя выдать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в порядке и сроки установленные Приказом Минздрава России и локальными нормативными актами.

3.1.5. Проинформировать Потребителя (Заказчика) о возможных, но не обязательных рисках возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья в силу специфики самой медицинской технологии.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Получать от Потребителя всю информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом России, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.4. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Медицинского центра.

3.2.5. Отказаться в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

3.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 3.3 настоящего Договора.

3.2.7. Отказаться в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.3. Потребитель и/или Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

3.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3.4. являться на прием в назначенное время, о невозможности явки на прием уведомить по телефону не менее чем за 4 часа до назначенного времени приема. При опоздании пациента на прием более чем на 15 минут, Исполнитель вправе отказаться в оказании услуги, либо услуга оказывается в порядке живой очереди при наличии резервов у специалиста.

3.3.5. Ознакомиться и подписать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласованный с врачом план лечения, которые хранятся в медицинской карте.

Без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Пациенту по настоящему договору невозможно.

3.2.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка Медицинского центра «Радуга здоровья», требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.2.7. При получении стоматологических медицинских услуг проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь одновременно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения будут считаться необоснованными.

3.4. *Потребитель и/или Заказчик имеет право:*

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.4.3. Получать отражающие его здоровье медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов) в соответствии с Положением о хранении медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, основаниях, сроках и порядке предоставления копии медицинской карты и выписок, порядком ознакомления с медицинской документацией, утвержденным приказом главного врача.

3.4.4. На отказ от медицинского вмешательства.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя или Заказчика.

4.2. Предельные сроки ожидания платных медицинских услуг не превышают сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или достигаются соглашением сторон в зависимости от ресурсных возможностей исполнителя с указанием даты оказания услуг в приложении к договору.

4.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

4.4. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.5. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

4.6. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что при её оказании Исполнителем были соблюдены обязательные требования соответствующих нормативно-правовых актов, услуга была оказана своевременно и в согласованном Сторонами объёме, были правильно выбраны методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

4.7. Претензии принимаются в течение десяти дней со дня, когда услуга, повлекшая за собой претензию Пациента, была оказана.

4.8. Обращения граждан принимаются по адресу: 603043 г. Нижний Новгород, ул. Комсомольская, 2Б.

4.9. Все претензии, поступившие Исполнителю в письменном виде, рассматриваются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

4.10. Гарантийный срок на оказываемые стоматологические услуги указывается в гарантийном талоне с момента окончания оказания медицинской услуги (по данным медицинской карты), на которую распространяется гарантия.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг указана в дополнительном соглашении к Договору и не подлежит изменению в течение всего срока его действия.

5.2. Оплата медицинских услуг осуществляется:

- по безналичному расчету банковской картой - на расчетный счет Исполнителя, указанный в реквизитах Сторон;

- путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

При получении медицинских услуг по ортопедической стоматологии перед выполнением работ производится оплата в размере не менее 50% стоимости. Окончательный расчет по ортопедической стоматологии производится по окончании работ, в день предоставления услуги. Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

5.3. Возврат оплаченных денежных средств за оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с утвержденным Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ООО «Здравсервис».

5.4. При необходимости оказания услуг, не входящих в объем оплаченной Программы (по желанию пациента и по рекомендации врача-специалиста), данные услуги оказываются по ценам действующего прейскуранта, с применением действующих скидок.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует один год. Договор автоматически пролонгируется на один (следующий) год, если ни одна из сторон письменно не заявит о намерении его расторгнуть за пятнадцать календарных дней до истечения установленного срока.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного Соглашения Сторон и подписанного Исполнителем и Потребителем и/или Заказчиком.

6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение, ненадлежащее исполнение явилось следствием непреодолимой силы, форс-мажорных обстоятельств и по иным обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

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

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности:

7.4.1. за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.4.2. За наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Пациента общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Пациентом и вследствие этого, не учтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологических токсических реакций на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания медицинских услуг.

7.4.3. при оказании стоматологических услуг за наступление осложнений, не связанных с нарушением методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи

лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Пациентом; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

7.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью Договора.

8.3. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность

В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик имел возможность ознакомления с Прейскурантом на медицинские услуги, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и согласен с оплатой в полном размере до начала оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка Поликлиники _____ / _____
подпись *расшифровка подписи*

8.5. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента _____ / _____
подпись *расшифровка подписи*

8.6. Пациент дает свое согласие на получение по электронной почте _____
результатов исследований, либо получение иной медицинской информации и уведомлен, что передача сообщения является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100% гарантию безопасности доставки _____ / _____
подпись *расшифровка подписи*

Исполнитель	Заказчик	Пациент
Наименование: ООО «Здравсервис» ИНН/КПП: 5258087950/525601001 ОГРН: 1095258006910 Банк Волго-Вятский банк ПАО Сбербанк Р/счет: 40702810542000043425 БИК 042202603 Адрес: 603043, Нижний Новгород, ул. Комсомольская, д. 2Б Тел.: 214-16-93/ 214-16-94 _____ <i>подпись</i> <i>расшифровка подписи</i> М.П.	ФИО: _____ Телефон: _____ E-mail: _____ / _____ / _____ <i>подпись</i> <i>расшифровка</i>	ФИО: _____ Телефон: _____ E-mail: _____ / _____ / _____ <i>подпись</i> <i>расшифровка подписи</i>

Приложение
к Договору № _____
от _____

Дополнительное соглашение от _____
Перечень медицинских услуг оказываемых
по договору на оказание платных медицинских услуг

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена 1 услуги, руб.	Итого стоимость услуг без скидки, наценки руб.	Размер скидки, наценки %	Сумма скидки, наценки руб.	К оплате со скидкой, наценкой руб.	В том числе НДС	Срок оказания услуги
	Итого								

Всего услуг на сумму _____ (_____) рублей.

Я, _____
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение вышеуказанных платных медицинских услуг. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст.ст. 80, 81 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

Исполнитель _____ / _____ / _____
Заказчик _____ / _____ / _____
Потребитель _____ / _____ / _____
М.П.