

ДОГОВОР
на оказание платных медицинских услуг № _____

Лечебно-диагностический центр ООО «Мед-Престиж», действующий в соответствии с лицензиями на право осуществления медицинской деятельности ЛО-45-01-000747 от 14.09.2011г. и ЛО-45-01-002028 от 01.08.2018г., в лице генерального директора Ивановой Л.В., действующей на основании Устава, именуемый в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и _____, проживающий(-ая) по адресу _____, именуемый(-ая) в дальнейшем Заказчик (Пациент), с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили на стоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Пациенту) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик (Пациент) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, оговариваются действующим прейскурантом Исполнителя. По медицинским показаниям и/или с согласия Заказчика ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается с Заказчиком или его представителем дополнительно.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях Лечебно-диагностического центра по адресу: г. Курган, ул. К. Мяготина, 124.

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией и доводятся до сведения Заказчика.

2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Лечебно-диагностического центра по телефону 8(3522) 22-33-34, онлайн запись или лично.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги в кассе Исполнителя по Прейскуранту, утвержденному Исполнителем и находящемуся на видном месте в регистратуре.

3.2. Заказчик оплачивает 100% предварительную стоимость медицинских услуг.

3.3. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания ему Исполнителем дополнительных медицинских услуг (обследований, исследований и т.д.), в том числе по просьбе Заказчика.

3.4. Факт оплаты медицинских услуг, их перечень и стоимость подтверждаются выданными в кассе Исполнителя квитанциями и кассовыми чеками, которые являются приложением к настоящему Договору.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

4.1.3. Обеспечить Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.4. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.

4.1.5. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдать по письменному требованию Пациента или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Пациента, в соответствии с порядком, установленным действующим законодательством.

4.1.6. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

4.2. Права и обязанности Пациента:

4.2.1. Пациент имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.

4.2.3. Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

4.2.4. Пациент обязуется надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

4.2.5. Пациент обязуется заблаговременно информировать Заказчика о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Пациента более чем **20** (двадцать) минут по отношению к назначенному Пациенту времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по данному договору.

7.2. Настоящий Договор, может быть, расторгнут, по инициативе любой из Сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга.

7.3. Настоящий Договор является формой добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Мед-Престиж»
640000, г. Курган, ул. К. Мяготина, 124
ИНН/КПП 4501117021/450101001
ОГРН 1054500137515 от 14.11.2005 г
Расч.счет №40702810632000005678
в Курганском отделении № 8599 ПАО СБЕРБАНК г. Курган
БИК 043735650
Корр.счет №30101810100000000650
ОКПО 70582156

_____ Л.В. Иванова

Заказчик (Пациент):

Ф.И.О.: _____
Паспорт серия _____ № _____
Выдан _____
Зарегистрирован: _____

Подпись Заказчика _____

Анкета-заявление

Я, _____ выражаю своё согласие на осуществление лечебно-диагностическим центром ООО «Мед-Престиж», г. Курган, ул. К. Мяготина, 124, (далее Медучреждение) обработки (сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение, использование, распространение (в том числе передача), обезличивания, блокирования и уничтожения (в том числе автоматизированных) моих персональных данных, указанных в настоящей Анкете-заявлении, в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных». Указанные мной персональные данные предоставляются в целях ведения медицинской документации и исполнения Договора, а также в целях информирования о других продуктах и услугах Медучреждения. Медучреждение на основании Договора может осуществлять передачу данных (в объеме: фамилия, имя, отчество, адрес и номера телефонов) для их обработки третьими лицами.

Согласие предоставляется с момента подписания мной настоящей Анкеты-заявления на весь срок моей жизни. Настоящее согласие может быть отозвано мной при предоставлении в Медучреждение заявления в простой письменной форме в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

_____ Подпись Заявителя

Приложение N 2 к приказу Минздрава РФ
от 20 декабря 2012 г. N 1177н (с изменениями от 10.08.2015г.)

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, _____, " _____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____ даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](#) определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 г. N 390н (зарегистрирован Минюстом РФ 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Мед-Престиж».

Медицинским работником _____ в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](#), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [ч. 9 ст.20](#) Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 [ч. 5 ст. 19](#) Федерального закона от 21.11.2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина, или законного представителя гражданина, контактный телефон)

(дата оформления)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)