

Мне, **ФИО, дата рождения**, до заключения договора на оказание платных медицинских услуг предоставлена следующая информация в доступной форме:

1) 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. Мой отказ от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых мне, как потребителю, без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2) несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО "Центр Медицины" (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;

3) о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

4) сведения о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

5) о проведении в целях повышения качества оказания медицинской помощи, безопасности медицинской деятельности аудио- видеосъемки в ООО «Центр Медицины», даю своё согласие а проведение аудио- видеосъемки. В свою очередь ООО «Центр Медицины» гарантирует конфиденциальность полученной информации;

_____ **V** _____ / **ФИО**

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг

№

Дата

г.

ООО «Центр Медицины», Тульская область г. Алексин ул. Пахомова д. 7, ИНН 7111022482, ОГРН 1187154011164, запись внесена 17.05.2018 МРИ ФНС № 8 по Тульской области (7111 территориальный участок по Алексинскому району), действующий в соответствии с лицензией № Л041-01187-71/00334394 от 11.09.2019 (срок действия - бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Тульской области, тел. 8(4872) 37-08-50), в лице Генерального директора Жлобич Н. П., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и гр. **ФИО ДАТА РОЖДЕНИЯ**, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, также «Законный представитель», с другой стороны, заключили на стоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Заказчик (законный представитель) обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень и стоимость услуг утверждены официальным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг и их стоимость, а также находится в месте, доступном для ознакомления с ним Заказчиком (Законным представителем), а также на официальном сайте Исполнителя <https://med-aleksin.com/>.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора. Исполнитель обязан оказать Заказчику качественные и безопасные медицинские услуги в соответствии с действующими стандартами и порядками оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации и условиями настоящего Договора с привлечением квалифицированного медицинского персонала.

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

2.1.3. Исполнитель вправе привлекать для оказания медицинских услуг третьих лиц.

2.2. Права и обязанности Заказчика (законного представителя):

2.2.1. Заказчик (законный представитель) 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.

2.2.2. Заказчик (законный представитель) дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

2.2.3. Заказчик (законный представитель) обязуется заблаговременно информировать исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

2.2.4. Заказчик уведомлен, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "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 медицинской организации.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата медицинских услуг, предоставленных Заказчику согласно приложения 2 к настоящему договору,

производится Заказчиком (законным представителем) непосредственно после подписания Договора в порядке 100% предоплаты (до начала оказания услуг) в наличной или безналичной форме в российских рублях.

4. ПОРЯДОК, УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: Тульская область г. Алексин ул. Пахомова 7. Виды выполняемых работ и услуг, указаны в приложении 1 к настоящему договору.

4.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, а именно – ежедневно с 7-00 до 20-00.

4.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика на прием. Предварительная запись Заказчика на прием осуществляется через администратора Исполнителя посредством телефонной и иной связи. Телефоны регистратуры: 89066303070, 89036594884, официальный сайт <https://med-aleksin.com/>.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Информация о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика, результатах лабораторного исследования его биологического материала и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

5.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, может предоставляться Исполнителем без согласия Заказчика только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ. Заказчик после исполнения договора Исполнителем может получить медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 года № 789н. Запрос о предоставлении вышеуказанных медицинских документов может быть подан в порядке личного обращения или по почте, либо путем подачи электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи или простой электронной подписи посредством применения медицинской информационной системы и иных информационных систем, предназначенных для сбора, хранения, обработки и предоставления информации. Максимальный срок выдачи медицинских документов с момента регистрации запроса не должен превышать 30 дней. В случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях или условиях дневного стационара, медицинские документы предоставляются в суточный срок с момента обращения.

5.3. Непосредственно до оказания медицинских услуг Заказчик (Законный представитель) подписывает Согласие на обработку персональных данных.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством РФ.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу со дня его подписания обеими Сторонами и действует в течении трех лет.

7.2. Договор может быть расторгнут в любом момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Стороны договорились, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного на заключение Договора лица с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

7.5. Настоящий Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все уведомления и сообщения в рамках Договора должны направляться Сторонами друг другу в письменной форме. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «ЦЕНТР МЕДИЦИНЫ»
301361, г. Алексин, ул. Пахомова, д. 7
ИНН 7111022482 КПП 71101001
ОГРН 1187154011164
р/сч 40702810100000076153
АО «Райффайзенбанк» г. Москва
БИК 044525700
к/с 30101810200000000700
тел.: 8960-630-30-70; 8-903-659-48-84

ЗАКАЗЧИК

ФИО:
Дата рождения:
Паспорт: , выдан , , код подразделения
Адрес:
Телефон:

_____/Жлобич Н.П./

_____/v

_____/ФИО