Договор оказания платных медицинских услуг №

|  |  |
| --- | --- |
| г. Смоленск | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. |

Медицинское учреждение ООО «Клиника позвоночника 2К», в лице директора Ю.А. Бальцер, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01128-67/00361213 от 14.03.2019 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (законный представитель):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

Серия № паспорта, кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Предмет Договора

* 1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с лицензией, перечень которых указан в дополнительном соглашении (приложение к настоящему Договору), на условиях, определенных настоящим договором, согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые указаны в дополнительном соглашении (приложение к настоящему Договору).
  2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
  3. Пациент подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
  4. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе, ознакомился с действующим в ООО «Клиника Позвоночника 2К» прейскурантом на платные медицинские услуги.
  5. Подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он уведомлен 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, а также об информации о платных медицинских услугах:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг.

- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

1.6. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п.1.1

настоящего договора устанавливаются локальными нормативными актами клиники

в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг.

1.7. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские

услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в

дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.8 Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- номер: ЛО41-01128-67/00361213

- срок действия: бессрочная

- орган, выдавший лицензию: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения

- перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках договора:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии; лечебной физкультуре; мануальной терапии; медицинской реабилитации; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; пульмонологии; ревматологии; рефлексотерапии; спортивной медицине; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологи;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи.

1. Права и обязанности Сторон
   1. Исполнитель обязан:
      1. Организовать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации реабилитации, проведения медицинских экспертиз, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.
      2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской услуге.
      3. После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (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 течение 5 рабочих дней.
   2. Пациент обязан:
      1. Оплачивать услуги Исполнителя в размере, порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором и дополнительными соглашениями.
      2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях.
   3. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, 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 медицинских организациях.
   4. Пациент подтверждает, что уведомлен 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
   5. Исполнитель имеет право:
      1. Получать по Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.
      2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.
   6. Пациент имеет право:
      1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим договором.
      2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.7. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1 Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент подписания договора прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, и указывается в дополнительном соглашении (приложение к настоящему Договору).

3.2. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п.3.1. настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя не позднее для оказания услуги.

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом в размере 100 % предоплаты, в день предоставления платной медицинской услуги.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациента.

4.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Пациент вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Пациента выплаты неустойки в размере 0,1% за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Пациентом.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по настоящему договору, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

1. Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 1 года. Если не менее чем за 30 дней до окончания срока действия настоящего Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его изменении или расторжении, такой Договор считается пролонгированным на тот же срок.

6.2. Настоящий Договор составлен в 2(двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

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

1. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент/Законный представитель:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Иные адреса (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: серия\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Доверенность №\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г.

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью

«Клиника Позвоночника 2К»» (далее ООО «Клиника Позвоночника 2К»)

Юридический адрес: 214000, г. Смоленск, ул. 2-я линия Красноармейской слободы д. 38, кв. 36

Фактический адрес: 214025, г. Смоленск, ул. Нарвская, д.19А   
ИНН 6732077299 / КПП 673201001   
ОГРН 1146733014230

Тел. (4812)33-99-76, e-mail: www.clinic2k.ru

Директор Бальцер Ю.А.

Я получил исчерпывающую информацию по предложенному лечению и согласен с ним.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

Второй экземпляр Договора оказания платных медицинских услуг получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

С графиком работы Учреждения, Правилами внутреннего распорядка, условиями оказания медицинской помощи ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)