**ДОГОВОР**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

г. Таганрог «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

Гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и ООО «КЦ «Д-ВИТА», свидетельство о государственной регистрации юридического лица выданное ИФНС по г. Таганрогу РО сер.61 № 007557349 от «15» августа 2013г., лицензия на осуществление медицинской деятельности от «09» ноября 2015 г. № ЛО-61-01-004770, выданная Минздравом РО, 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33*,* тел. 8 **(863) 242-41-09,** именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Димаровой Ольги Борисовны, действующего на основании Устава, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1​. Предмет договора**

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется по своему профилю деятельности (при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии) в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности оказать заказчику (потребителю), медицинские услуги, (далее – «медицинские услуги»), а Пациент обязуется оплатить Исполнителю медицинские услуги по цене, в порядке и в сроки, которые установлены настоящим Договором.

 Перечень оказываемых Пациенту медицинских услуг, предоставляемых в рамках настоящего договора, указываются в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Срок предоставления медицинских услуг с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

1.3. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.4. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

 **2. Обязательства Сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги, в соответствии с Перечнем, указанным в приложении к настоящему Договору.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Пациентом денежных средств, в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.4. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, предупредить об этом Пациента

2.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказать такие медицинские услуги без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.7. По требованию Пациента и в доступной для него форме предоставить информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. Выдать пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.9. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента.

2.2.  Пациент обязуется:

2.2.1. Оплатить указанные в п 1.1. настоящего Договора медицинские услуги, до начала их оказания, согласно условий, и в порядке, определенном настоящим Договором.

2.2.2. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

2.2.3. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке, при этом Пациент имеет право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных 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, или потребовать его (их) прекращения (в том числе в случае, если было оформлено информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень), за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка, правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3. Стороны также имеют права и несут иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

**3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем согласно п. 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

3.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом до начала их оказания наличными денежными средствами в кассе медицинской организации. Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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 не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления неполной информации о здоровье Пациента.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

4.5 За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки

4.6. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

**5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Пациента от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.**

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор составлен в 2 экземплярах, по одному для Исполнителя и Пациента.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

6.3 Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами.

6.4 Пациент подтверждает, что:

6.4.1. до заключения договора он был уведомлен в письменной форме 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 потребителя.

6.4.2. При заключении договора ему в доступной форме была предоставлена информация 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.

**8. Адреса и банковские реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**Общество с ограниченной ответственностью «Кардиологический центр «Д-ВИТА»,Юридический адрес: 347913, Россия, Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Октябрьская, 171,Адрес фактического места нахождения: 347939, Россия, Ростовская обл., г. Таганрог, ул. Чехова, 375-аИНН 6154129816 ОГРН 1136154008979, ОКВЭД: 85.12; 85.14**Директор****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.Б. Димарова** | **Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (Ф.И.О.)Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон:**Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |

Приложение 1

к Договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_ г. № \_\_\_\_

Перечень оказываемых им медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень медицинских услуг | Стоимость\* | Срок оказания  | Специалист (ФИО, должность специалиста, оказывающего услугу) кабинет | Примечание |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

\* определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг

**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**

Я,

(Ф.И.О. гражданина)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. рождения, зарегистрированный по адресу: |

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств (далее – Перечень):

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 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 Обществе с ограниченной ответственностью «Кардиологический Центр «Д-ВИТА» медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

 Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (дата оформления)

**Общество с ограниченной ответственностью «Кардиологический Центр «Д-Вита»**

уведомляет 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 ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_\_ г. Подпись гражданина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/