Договор об оказании платных медицинских услуг

г. Чебоксары "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностическая поликлиника»,** осуществляющее свою деятельность на основании свидетельства ОГРН серия 21 № 002361039, выданного ИФНС по г. Чебоксары 11.03.2023, и действующей лицензии № Л041-01191-21/00300052, выданной 22 июля 2015 г. бессрочно Министерством здравоохранения Чувашской Республики *(428004, Чувашская Республика, Президентский бульвар, д. 1****7,****тел. (8352) 62-35-94)*, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое далее **ИСПОЛНИТЕЛЬ,** с одной стороны, и гражданин(ка) (законный представитель гражданина(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

действующий(щая) на основании добровольного волеизъявления, именуемый(ая) далее **ПАЦИЕНТ,** с другой стороны, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ**

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

**платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

**пациент** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. ПАЦИЕНТ, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (пациентам).

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ платные медицинские услуги надлежащего качества, а ПАЦИЕНТ обязуется своевременно оплатить их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуги, код услуги | Кол- во | Цена по прайсу, руб. | Итого сумма к оплате, руб. | Срок исполнения, дата | ФИО врача/медицинской сестры |
| 1 | 2  | 3  | 4  | 6  | 7  | 8  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ИТОГО:** |

1.2. При заключении настоящего Договора ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ПАЦИЕНТУ исчерпывающую Информацию о видах, сроках и стоимости возможных оказываемых медицинских услуг.

1.3. Медицинские услуги, в т.ч. не предусмотренные Договором дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, оказываются ПАЦИЕНТУ только с его согласия.

1.4. При заключении настоящего Договора ПАЦИЕНТ имеет право не предоставлять свои персональные данные ИСПОЛНИТЕЛЮ (анонимное оказание медицинских услуг)[[1]](#footnote-1).

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ. СРОКИ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору установлена п.1.1.договора в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оплаты. Цена настоящего договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

 прописью

2.2. Оплата медицинских услуг производится ПАЦИЕНТОМ в рублях после фактического оказания услуг в день их оказания за весь комплекс услуг, либо по итогам каждого посещения врача, путем внесения наличных денежных средств, в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа, путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ по выбору пациента. При заключении договора пациент по желанию может оплатить медицинские услуги непосредственно перед их оказанием в полном объеме или внести аванс.

2.3. По требованию ПАЦИЕНТА (Заказчика) ИСПОЛНИТЕЛЬ должен предоставить смету на предоставление платных медицинских услуг.

**3. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ**

1. При предоставлении платных медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.
2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право предоставлять платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
3. ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ при заключении настоящего договора обязан предоставить ПАЦИЕНТУ информацию о возможности получить соответствующие виды и объемы медпомощи бесплатно.

1. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан предупредить об этом ПАЦИЕНТА, и не предоставлять указанные услуги без его согласия, кроме случаев, 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. Такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия ПАЦИЕНТА (законного представителя ПАЦИЕНТА), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
	1. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает медицинские услуги по настоящему договору в помещении ИСПОЛНИТЕЛЯ, расположенном по адресу: *г. Чебоксары, ул. Ярославская, дом 72, помещение 1.*
	2. ИСПОЛНИТЕЛЬ оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией ИСПОЛНИТЕЛЯ и доводятся до сведения ПАЦИЕНТА.
	3. Предоставление медицинских услуг ПАЦИЕНТУ происходит в порядке предварительной записи ПАЦИЕНТА на прием к специалистам ИСПОЛНИТЕЛЯ. Предварительная запись ПАЦИЕНТА на прием к специалистам ИСПОЛНИТЕЛЯ осуществляется лично ПАЦИЕНТОМ через регистратуру ИСПОЛНИТЕЛЯ посредством телефонной связи или любым другим доступным способом. Телефон регистратуры ИСПОЛНИТЕЛЯ: **(8352) 21-77-66**.
	4. В случае необходимости получения ПАЦИЕНТОМ неотложной медицинской помощи медицинские услуги, при наличии возможности у ИСПОЛНИТЕЛЯ, предоставляются ПАЦИЕНТУ без предварительной записи и/или вне установленной очередности.
	5. При проведения отдельных видов специализированных диагностических исследований ИСПОЛНИТЕЛЬ оставляет за собой право направить ПАЦИЕНТА в иное специализированное медицинское учреждение, при этом оплату за соответствующие виды медицинской помощи ПАЦИЕНТ осуществляет сам, по расценкам соответствующего медицинского учреждения.
	6. Лабораторные исследования (патолого-анатомическое и цитологическое исследование биопсийного материала) проводятся путем привлечения клинико-диагностической лаборатории АУ «Республиканский клинический онкологический диспансер» Минздрава Чувашии, ИНН 2128015999, расположенный по адресу: г. Чебоксары, ул. Гладкова 25Б, тел (8352) 62-23-44.
	7. Cроки проведения диагностических инструментальных исследований, а также консультаций врачей
	специалистов не должны превышать 14 рабочих дней со дня обращения пациента в медицинскую организацию.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

4.1.1. самостоятельно определять характер, объем исследований и манипуляций для установления диагноза и надлежащего лечения, длительность лечения, объем медицинских услуг, в соответствии с состоянием здоровья ПАЦИЕНТА;

4.1.2. при необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей
и соисполнителей по согласованию с ПАЦИЕНТОМ;

4.1.3. не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты ПАЦИЕНТОМ услуг.

4.1.4. предложить дополнительные платные медицинские услуги и согласовать их с пациентом в соглашении к основному договору.

4.1.5. расторгнуть настоящий договор и отказаться от дальнейшего оказания услуг в случае отказа ПАЦИЕНТА от медицинского вмешательства, лечения, нарушения предписаний и рекомендаций врача.

4.1.6. обратиться в полицию, если пациент пришел на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения и нарушает общественный порядок в клинике. Например, мешает работе персонала, не реагирует на замечания персонала, нецензурно выражается, ведет себя нагло и вызывающе, бьет кулаком об стол, опрокидывает стул и т.д.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

4.2.1. своевременно и качественно оказывать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и согласованными планами лечения, в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором;

4.2.2. при оказании медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

4.2.3. обеспечить ПАЦИЕНТА информацией, включающей сведения об имеющемся у ИСПОЛНИТЕЛЯ разрешении (лицензии), о месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов;

4.2.4. обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему договору обязательств силами собственных специалистов и/или с привлечением сил и средств иных медицинских учреждений, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг;

4.2.5. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право непосредственно знакомиться с медицинской документацией пациента, в том числе после его смерти, если пациент или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

4.2.6. вести учет видов, объемов и стоимости оказываемых ПАЦИЕНТУ медицинских услуг;

4.2.7. информировать ПАЦИЕНТА о возможных осложнениях и рисках лечения;

4.2.8. в случаях непредвиденного отсутствия лечащего врача, согласовать с ПАЦИЕНТОМ кандидатуру заменяющего врача, или перенести прием на другое время, с согласия ПАЦИЕНТА.

4.2.9. Уведомлять ПАЦИЕНТА об изменении условий настоящего договора, стоимости медицинских услуг не менее чем за 10 (десять) календарных дней до их введения в действие путем размещения на информационном столе в вестибюле клиники и на интернет-сайте [www.endoscopy21.ru](http://www.endoscopy21.ru)

4.3. ПАЦИЕНТ имеет право:

4.3.1. получать квалифицированные медицинские услуги;

4.3.2. в любой момент отказаться от получения медицинских услуг при условии предоставления ИСПОЛНИТЕЛЮ письменного отказа от медицинского вмешательства и полной оплатой фактически оказанных услуг;

4.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Информированное добровольное согласие ПАЦИЕНТА на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации.

4.3.5.предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

4.4. ПАЦИЕНТ обязуется:

4.4.1. своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги;

4.4.2. выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать рекомендации врачей, аккуратно посещать контрольные осмотры, выполнять все назначения медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4.4.3. являться на диагностику и лечение к врачу в назначенное время;

4.4.3. предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ необходимую и достоверную информацию для оформления медицинской документации. ПАЦИЕНТ обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

4.4.4. возместить убытки в случае причинения ущерба ПАЦИЕНТОМ имуществу Исполнителя.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору ПАЦИЕНТ и ИСПОЛНИТЕЛЬ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

* 1. Вред, причиненный жизни или здоровью ПАЦИЕНТА в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, в том числе, если негативные последствия по окончании оказания медицинских услуг имели место вследствие побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма конкретного ПАЦИЕНТА, а также при нарушении ПАЦИЕНТОМ предписаний лечащего врача.

5.4. Оказанные ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги считаются исполненными с надлежащим качеством, если ПАЦИЕНТ не заявил претензии до истечения срока действия настоящего договора, предусмотренного п. 6.1.настоящего договора.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания обеими сторонами и действует до выполнения сторонами своих обязательств.
2. Споры между сторонами, вытекающими из настоящего договора или в связи с ним, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации. Стороны вправе урегулировать спор между ними, вытекающий из настоящего договора или в связи с ним, в досудебном порядке (путем переговоров, с помощью процедуры медиации, в претензионном порядке и иными законными способами).
3. Любые соглашения сторон по изменению и (или) дополнению условий настоящего договора имеют силу в том случае, если они оформлены в письменном виде, подписаны сторонами договора.
4. Основания расторжения договора:
	* 1. В случае отказа ПАЦИЕНТА после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом ПАЦИЕНТ обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
		2. В случае если одна из Сторон не выполняет условия настоящего Договора, Стороны имеют права расторгнуть

Договор. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна направить письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий Договор другой Стороне не позднее чем за 7 дней до предполагаемого дня расторжения настоящего Договора.

* + 1. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.

**7. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

7.1. ПАЦИЕНТ уведомлен, что платные медицинские услуги не финансируются из бюджета.

7.2. ПАЦИЕНТ подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях платных медицинских услуг, условиях их бесплатного предоставления и оплачивает цену настоящего договора по собственной инициативе.

7.3. ПАЦИЕНТ подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора ИСПОЛНИТЕЛЬ:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- уведомил 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

7.4. Подписав настоящий Договор, ПАЦИЕНТ (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | **ПАЦИЕНТ** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностическая поликлиника»Адрес: 428003, г. Чебоксары, ул. Ярославская, дом 72, помещение 1.ИНН/ КПП: 2130117243/213001001ОГРН:1132130003972Р/сч 40702810429410001906 в ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК» г. Нижний Новгород кор. счет № 3010181020000000082БИК 042202824Тел./факс (8352) 217766; 216699 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.П. | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт/свидетельство о рождении: сер.\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |

Перечень работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность за регистрационным номером № Л041-01191-21/00300052 от 22 июля 2015: 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: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, колопроктологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, эндокринологии, эндоскопии.

1.  *от предоставления персональных данных отказываюсь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* [↑](#footnote-ref-1)