

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Ялта

« » _____ 201 г.

Медицинская организация Общества с ограниченной ответственностью «МайяК», именуемая в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице Директора Федоренко Майи Викторовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(физическое или юридическое лицо)

именуемый (ая) в дальнейшем «**Потребитель**» (**Заказчик**) с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Определения

1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- «**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;

- «**потребитель**» – физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора и получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- «**заказчик**» – физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

- «**исполнитель**» – медицинская организация (медицинская организация ООО «МайяК»), предоставляющая платные медицинские услуги;

- «**медицинская организация**» – юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- «**медицинский работник**» – физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

- «**лицензия**» – специальное разрешение на право осуществления Исполнителем медицинских услуг по своему профилю деятельности.

2. Предмет Договора

По настоящему Договору Исполнитель оказывает Заказчику **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с выданной Министерством здравоохранения Республики Крым Лицензией № ЛО-82-01-000632 от 14.06. 2018 г. согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. Сведения об Исполнителе внесены в Единый государственный реестр юридических лиц, ОГРН 1159102027347, свидетельство серии 91 № 001806219, выданное ИФНС по г. Ялте Республики Крым 16 января 2015 года.

2.1.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти.

2.2.2. Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;

- по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.2.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя),

данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, перечень которых будет являться Приложением №1 к настоящему Договору.

2.3. Перечень медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации ООО «МайяК» Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг в медицинской организации ООО «МайяК» от 12 января 2015 г.;

- уведомил его 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 в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти;

2.5. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

Срок предоставления медицинских услуг осуществляется с _____ по _____

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

3. Обязанности Сторон и участников Договора

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.2. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Заказчиком денежных средств, в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.3. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Предоставлять в доступной для понимания и восприятия Потребителя (Заказчика) форме любые формы любые сведения о состоянии своего здоровья, данные промежуточных исследований;

3.1.7. Немедленно извещать Заказчика 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.

3.1.8. После оказания Услуг выдать Потребителю (Заказчику) копии медицинских документов

3.1.9. По заявлению Заказчика составить смету.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 2, до начала их оказания, согласно Прейскуранту, и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

3.2.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3. Потребитель обязуется:

3.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим пребывания в Медицинской организации ООО «МайяК», (Правила внутреннего распорядка для пациентов), лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п. 2.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом, и составляет _____ рублей.

4.2. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия Договора.

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

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена. Исполнителем с согласия Заказчика с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Заказчика, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется до начала их оказания Заказчиком путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Медицинской организации ООО «МайяК», в размере 100 % от суммы договора, не позднее 3 (трёх) рабочих дней со дня подписания настоящего Договора или путем внесения денежных средств Заказчиком в кассу Исполнителя в размере 100% предоплаты, с выдачей Заказчику контрольно-кассового чека и документов установленного образца, подтверждающих произведенную оплату медицинских услуг.

4.5. Возврат денежных средств Заказчику производится в соответствии с кассовой дисциплиной Исполнителя:

- в случае отказа Заказчика от услуги при условии, если услуга уже оплачена;
- в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, приведших к невозможности оказания услуги Исполнителем.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. 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.

6.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя (Заказчика) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7. Заключительные положения

7.1. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.

7.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

7.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

7.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

8. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель

ООО «МайяК»

298604, г. Ялта, ул. Кучера, 1а

ОГРН 1159102027347

ИНН/КПП 9103064041/910301001

р/счёт № 4070 2810 4400 1000 0082 в РНКБ

(ОАО) отд. № 178

корр. счёт № 3010 1810 4000 0000 0607,

БИК 044 525 607

Тел.: 0654 26 09 58; +7 978 866 82 80;

Директор (Исполнитель)

_____/Федоренко М.В./

М.П.

Потребитель (Заказчик)/Плательщик

Фамилия, имя, отчество

Адрес места жительства: _____

Документы, удостоверяющие личность

Телефон _____

Заказчик

_____/_____/_____

**Информированное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 201__ г., желаю получить платные медицинские услуги в медицинской организации ООО «МайяК» (далее по тексту – Организация), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать, аналогичные медицинские услуги в других медицинских организациях, на других условиях и на бесплатной основе.

Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Медицинской организации.

Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников Учреждения, 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 моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Организацией моих персональных данных, ставших ему известными, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от медицинских работников понятны и меня удовлетворяют. Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: _____
Паспорт: № _____ серия _____
Выдан _____
Адрес: _____
Телефон: _____

_____/_____/_____
Подпись

«__» _____ 201__ г.

Перечень оказываемых медицинских услуг

1.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику следующие платные медицинские услуги:

№	Дата	Медицинские услуги	ФИО, должность медицинского работника оказывающего медицинские услуги	Стоимость услуги (руб.)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Итого: _____
(сумма прописью)

Директор ООО «Майяк» (Исполнитель)

Заказчик

_____ (Федоренко М. В.)

_____ (_____)

М.П.

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 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 Медицинском центре ООО «МайяК»
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. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 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)

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

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

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

контактные телефоны (0654) 26 09 58, +7 (978) 866 82 80, + 7 (978) 902 73 03

" ____ " _____ 201 _ г.
(дата оформления)