

ДОГОВОР
оказания платных медицинских услуг

г. Иркутск

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Центра Молекулярной Диагностики», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Главного врача Максимовой Елены Геннадьевны, действующей на основании Лицензии № ЛО41-01108-38/00360747 от 30 декабря 2020 года и Доверенности № 3 от 01.04.2023 года, с одной стороны,

И _____,

ФИО

действующий(-ая) в своих интересах/ интересах своего несовершеннолетнего ребенка, _____,
нужное подчеркнуть

ФИО

проживающий(-ая) по адресу: _____, контактный тел. _____, далее именуемый(-ая) «Заказчик», заключили настоящий договор о нижеследующем:

В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

"заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"исполнитель" - медицинская организация ООО «Клиника ЦМД», оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01108-38/00360747 от 30 декабря 2020 года, срок действия лицензии: бессрочно, выданной министерством здравоохранения Иркутской области, расположенного по адресу: г. Иркутск, ул. Карла Маркса, д.29, контактный телефон +7(3952) 280-326 предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги:

_____ на основании Лицензии № ЛО41-01108-38/00360747 от 30 декабря 2020 года, (копия Лицензии выдается по требованию Заказчика), а Заказчик обязуется оплатить данную услугу на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Гражданин согласен на получение платной медицинской помощи и медицинское вмешательство. Согласие оформляется соответствующим соглашением с подписями Заказчика, либо его законного представителя и лечащим врачом.

1.3. Срок оказания услуги согласовывается Сторонами договора в каждом отдельно взятом случае, в зависимости от объема оказываемой услуги и ее сложности, состояния здоровья Потребителя. Сроки ожидания медицинских услуг, предусмотренных п.1.1. настоящего договора определены в **Приложении № 1 к Договору.**

2. Цена договора

2.1. Оказываемые по настоящему договору услуги могут быть оплачены самим Заказчиком, его страховой компанией либо третьими заинтересованными физическими или юридическими лицами на основании счета, выписанного Исполнителем.

2.2. Стоимость услуг составляет: _____
(цифрами) (прописью)

Потребитель в момент заключения настоящего договора осуществляет 100 % оплату медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. В случае если Заказчиком услуг является страховая компания по договору добровольного медицинского страхования, оплата осуществляется в соответствии с условиями договора заключенного между Исполнителем и страховой компанией.

2.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя и (или) Заказчика.

Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

2.4. Цены на медицинские услуги могут быть изменены, о чем Потребитель (законный представитель Потребителя) будет уведомлен заранее.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

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

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя и (или) Заказчика.

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме информацию 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя соблюдения: графика прохождения процедур; режима при приеме лекарственных препаратов; назначений, рекомендаций специалистов; лечебно-охранительного режима; правил внутреннего распорядка лечебного учреждения; правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Заказчик обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях, о перенесенных операциях и вмешательствах, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.4.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.5. Потребитель вправе:

3.5.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.5.2. В доступной для него форме получить 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.

3.5.3. Получить у Исполнителя 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, без взимания дополнительной платы.

4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.4.1 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.4.3 настоящего договора.

4.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-1 "О защите прав потребителей".

Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

6. Заключительные положения

6.1. При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа).

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

6.2. При заключении настоящего договора Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты 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;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг с указанием цены в рублях;
- сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
- график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- адрес сайта ООО «Клиника ЦМД» www.igcmd.ru
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

6.3. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя и (или) Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.4. Потребитель и (или) Заказчик 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.

6.5. Потребитель и (или) Заказчик вправе направить обращение (жалобу) в органы государственной власти а также Территориальный органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Иркутской области по адресу: г. Иркутск, ул. Горького, д.36, эл. почта 38reg.roszdravnadzor.ru.

6.6. При предъявлении Потребителем и (или) Заказчиком требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.7. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю 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, без взимания дополнительной платы.

6.8. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Договор составлен в трех экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя.

6.10. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
ООО «Клиника ЦМД» Адрес: 664035, г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, 29/1 Тел. (3952) 480-199 Р/сч: 40702810804000037023 СИБИРСКИЙ Ф-Л ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК» К/сч: 30101810500000000816 БИК 045004816 ОГРН: 1063808145070 (от 20.07.2006 г. серия 38 № 002371129, Инспекция Федеральной налоговой службы по Правобережному округу г. Иркутска) ИНН/КПП: 3808142058/384901001	ФИО: _____ _____ Дата рождения: _____ Паспорт _____ Адрес регистрации: _____ _____ _____ _____
/Максимова Е.Г./	_____/_____/_____

**Приложение № 1 к договору на оказание платных
медицинских услуг № ____ «__» _____ г.**

В соответствии с п.1.3. Договора об оказании платных медицинских услуг № ____ «__» _____ г.
заключенного между Пациентом и ООО «Клиника ЦМД», стороны договорились о нижеследующем:

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Сроки ожидания услуги	Сроки оказания услуг	Лечащий врач	Кабинет №	Стоимость услуг за 1 ед. в руб.	Общая стоимость в руб.
1.								
2.								
3.								
							ИТОГО:	

ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:	ЗАКАЗЧИК:
ООО «Клиника ЦМД» Адрес: 664035, г. Иркутск, ул. Рабочего Штаба, 29/1 Тел. (3952) 480-199 Р/сч: 40702810804000037023 СИБИРСКИЙ Ф-Л ПАО «ПРОМСВЯЗЬБАНК» К/сч: 30101810500000000816 БИК 045004816 ОГРН: 1063808145070 (от 20.07.2006 г. серия 38 № 002371129, Инспекция Федеральной налоговой службы по Правобережному округу г. Иркутска) ИНН/КПП: 3808142058/384901001	ФИО: _____ _____ Дата рождения: _____ Адрес регистрации: _____ _____ Паспорт _____ _____
/Максимова Е.Г./	_____/_____/_____

**Информированное добровольное согласие потребителя (законного представителя на
получение платных медицинских услуг**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«___» _____ г. рождения, зарегистрированн ___ по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

В ОТНОШЕНИИ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"___" _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие и желание на получение платных медицинских услуг в ООО «Клиника ЦМД».

Я, даю согласие на оказание платных медицинских услуг в ООО «Клиника ЦМД». Мне разъяснено, что планируемая медицинская услуга проводится в различных медицинских учреждениях. Решение о выборе лечебного учреждения – ООО «Клиника ЦМД», принято мною самостоятельно, добровольно и осознанно.

Мне разъяснена альтернативная возможность получения медицинской помощи бесплатно в других лечебных учреждениях при предоставлении необходимых документов (полис ОМС, направление и проч.) в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области. Я отказываюсь от возможности получить выбранную медицинскую услугу бесплатно.

При этом ООО «Клиника ЦМД» в доступной для меня форме:

- ознакомил с действующим в ООО «Клиника ЦМД» Перечнем оказываемых медицинских услуг, прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденными Учреждением в установленном порядке;

- ознакомил со сроками ожидания платных медицинских услуг;
- уведомил о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) ООО «Клиника ЦМД» (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 потребителя (Законного представителя потребителя), в случае чего ООО «Клиника ЦМД» ответственности не несет.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что сотрудники ООО «Клиника ЦМД» в доступной форме ознакомили меня с методами оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, видами медицинского вмешательства, их последствиями и ожидаемыми результатами оказания медицинской помощи.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией о порядке представления платных медицинских услуг и является приложением к договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель (Законный представитель Потребителя)

_____/_____