

# ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Самара

« 07 » февраля 20 19 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ваш стоматолог», юридический адрес: г. Самара, ул. Сергея Лазо, 44. ОГРН 1066313012886, зарегистрированное ИФНС по Краснрглинскому р-ну г. Самары 05апреля 2006года(свид серии 63№ 9004607330), осуществляющее мед деятельность в соответствии с лицензией ЛО-63-01-004842, дата регистрации 04 октября 2018г , выданной Министерством здравоохранения Самарской области. Находящегося по адресу: г. Самара, ул. Ленинская, 73, тел 332-93-30. Перечень услуг согласно приложению: при оказании первичной, в том числе доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественного здоровья, акушерству и гинекологии(за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), неврологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической; проведение медицинских экспертиз по: временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в лице Генерального директора Аркаевой Ирины Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

ФИО

адрес, телефон

именуемый в дальнейшем **ПОТРЕБИТЕЛЬ**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** предоставляет **ПОТРЕБИТЕЛЮ** платные медицинские услуги, в соответствии с разрешенными ему в лицензии видами деятельности, согласно Перечню услуг, заказанные им по своей личной инициативе, если **ПОТРЕБИТЕЛЮ** данные мед услуги не противопоказаны по состоянию здоровья. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** в доступной для **ПОТРЕБИТЕЛЯ** форме ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг(утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006)

№	Наименование услуги	кол-во	цена(руб)	стоимость(руб)
	Итого:			

Всего оказано услуг \_\_ \_\_, на общую сумму \_\_\_\_\_ руб. НДС не облагается.

Потребитель обязуется своевременно оплачивать медицинские услуги, в соответствии с прейскурантом цен, утвержденным **ИСПОЛНИТЕЛЕМ**, на условиях данного договора.

## 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

Информация о факте обращения за медицинской услугой, состоянии здоровья **ПОТРЕБИТЕЛЯ**, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия **ПОТРЕБИТЕЛЯ** или его законного представителя, допускается в случаях, установленных действующим законодательством РФ.

Потребитель проинформирован о возможности получения мед услуги бесплатно в объеме и на условиях, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной мед помощи и Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной мед помощи.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ**, подписав настоящий договор, добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

До заключения договора **ИСПОЛНИТЕЛЬ**, в письменной форме путем внесения данного пункта в договор, уведомил **ПОТРЕБИТЕЛЯ** о том, что несоблюдение указаний **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной мед услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **ПОТРЕБИТЕЛЯ**.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** обращает внимание **ПОТРЕБИТЕЛЯ** на то, что в процессе осуществления мед услуги за **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** сохраняется право на отказ от мед вмешательства, которое оформляется записью в мед документации, подписывается **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** и врачом.

Сроки оказания конкретных мед услуг, в рамках договора, устанавливаются врачом и согласовываются с пациентом устно. Срок предоставления услуг соответствует сроку действия договора.

## 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** обязуется обеспечить соответствие предоставляемых **ПОТРЕБИТЕЛЮ** мед услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

Предоставить **ПОТРЕБИТЕЛЮ** 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 мед вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

о квалификации и сертификации специалистов.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** предоставляет платные мед услуги при наличии информированного добровольного согласия **ПОТРЕБИТЕЛЯ**, данного в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

**ИСПОЛНИТЕЛЬ** имеет право отказать **ПОТРЕБИТЕЛЮ** в приеме в случае алкогольного или наркотического опьянения.

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ**, пользующийся мед услугами, вправе требовать предоставления услуг надлежащего качества, установленного нормативными актами РФ.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору, оплатив **ИСПОЛНИТЕЛЮ** фактически понесенные им расходы.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленной мед услуги.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** обязуется предоставить **ИСПОЛНИТЕЛЮ** всю необходимую для исполнения договора полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья на момент обращения за мед услугой. В случае непредоставления **ПОТРЕБИТЕЛЕМ** информации, предоставлении неверной информации или намеренном сокрытии ее, **ИСПОЛНИТЕЛЬ** освобождается от ответственности по обязательствам данного договора.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** обязан строго выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью.

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** согласен на хранение и обработку его персональных данных( ФИО, дата рождения, адрес, сведения о состоянии здоровья) в соответствии с требованиями законодательных актов РФ.

**5. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.**

Оплата мед услуг по настоящему договору производится ПОТРЕБИТЕЛЕМ полном объеме в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ наличными деньгами, банковской картой либо путем безналичного перечисления на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ в день оказания услуг и в соответствии с прейскурантом, утвержденным ИСПОЛНИТЕЛЕМ.

Стоимость услуг по настоящему договору составляет :

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН И РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ**

За нарушение принятых по договору обязательств стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность перед ПОТРЕБИТЕЛЕМ за надлежащее исполнение условий договора, за соблюдение требований, предъявляемых законами РФ к методам диагностики, профилактики и лечения.

ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение мед услуги, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, либо по вине ПОТРЕБИТЕЛЯ. Риск возможных осложнений, вызванных оказанием мед услуги по не зависящим от ИСПОЛНИТЕЛЯ причинам, лежит на ПОТРЕБИТЕЛЕ в случаях: прогрессирования патологического процесса, побочной реакции организма.

Для решения споров, возникших между сторонами, применяется обязательный досудебный порядок разрешения споров.

**7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

Настоящий договор составлен в 2-х подлинных экземплярах. Имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

Договор заключен с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ и вступает в силу с момента его подписания сторонами.

Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств. Договор может быть изменен или расторгнут по обоюдному согласию сторон или на основании требований Закона РФ.

Неотъемлимой частью настоящего договора является амбулаторная карта пациента, а также информированное согласие(информированные согласия) на медицинское вмешательство(хранятся у ИСПОЛНИТЕЛЯ).

Подписывая данный договор, ПОТРЕБИТЕЛЬ дает согласие на получение информационных материалов о клинике, проводимых акциях, другой информации и прямые контакты посредством электронной, телефонной связи, sms- и почтовых рассылок.

**8. ПОДПИСИ СТОРОН**

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Ваш стоматолог», ИНН 6313134349  
443026, Самара, ул. Сергея Лазо, 44, тел. 950-69-45  
р/сч 40702810123000494642 в Поволжском ф-ле  
ЗАО «Райффайзенбанк» г. Нижний Новгород  
БИК 042202847  
К/сч 30101810300000000847

ПОТРЕБИТЕЛЬ:

Директор ООО «Ваш стоматолог» Аркаева И.А.