г. ДОГОВОР № «--» --- 202 г

Об оказании платных медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС» (625048 г. Тюмень, ул.Фабричная 7,корп.1 помещ.1, ОГРН 1047200603108 выдано ИМНС России по г. Тюмень № 3 09.07.2004 г. Лицензия № Л041-01107-72/00322800 на осуществление медицинской деятельности, выдана 12.07.2018г. бессрочно, ДЗ ТО г. Тюмень, ул. Малыгина,48, тел. 55-78-00), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** в лице Генерального директора Борисовой Галины Петровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и ФИО ----, Адрес места жительства: _, телефон ----------, именуемая(ый) в дальнейшем **«Заказчик»,** с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», на основании свободного волеизъявления, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется предоставить Пациенту на возмездной основе по его желанию с учетом медицинских показаний и в соответствии с перечнем услуг Исполнителя, услуги по оказанию медицинской помощи в объеме, предусмотренном Лицензией на осуществление медицинской деятельности и действующим Прейскурантом Исполнителя, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать и оказывать содействие Исполнителю при оказании услуг.

1.2. Заказчик, заключивший настоящий договор, является: (необходимое отметить V)

пациентом - потребителем, и получает медицинские услуги в отношении себя лично

V законным представителем пациента - потребителя и приобретает медицинские услуги в интересах пациента:

Ф.И.О. Тест Тест Тест

Дата рождения ---------. Место проживания ----------

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Заказчику (Пациенту), фиксируется Приложением № 1 к настоящему договору, являющимся неотъемлемой его частью. 1.4. Сроки и объем оказания услуг(и) определяются моментом обращения Пациента к Исполнителю.Продолжительность срока определяется исходя из диагноза, методов диагностики и лечения .

2.УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1 . Заказчик (Пациент), подписывая настоящий договор, подтверждает, что до момента заключения настоящего договора до него донесена следующая информация: Исполнитель не является участником Программы (Территориальной программы) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи; об альтернативной возможности получения бесплатной медицинской помощи за счет средств ОМС в учреждениях здравоохранения, обеспечивающих реализацию программы (Территориальной программы) государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и / или целевыми программами. Программа (Территориальная программа) государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи размещена на стойке регистратуры по адресам: г. Тюмень, ул. Герцена 60/1, ул. Фабричная 7/1 и на сайте Исполнителя/

2.2. Заказчик (Пациент), подписывая настоящий договор, подтверждает, что он по своему усмотрению сделал добровольный осознанный выбор об оказании ему услуг Исполнителем на платной основе.

2.3. Предоставление услуг по настоящему договору осуществляется в порядке предварительной записи Пациента на прием через регистратуру Исполнителя по телефонам (3452) 56 -17-56, либо через официальный сайт Исполнителя.

2.4. Медицинские услуги оказываются амбулаторно,дистанционно (по соглашению сторон).

2.5.Заказчик(Пациент)потверждает,что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств,либо их объем,превышаюший объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.6.Сроки ожидания предоставления медицинских услуг,предусмотренных Приложением №1 настоящего Договора 1 месяц.

2.7.При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги,перечень и сроки оказания которых согласуется Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.8.После оказания услуг Исполнитель по заявлению Заказчика выдает медицинские документы,отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг,включая сведения о результатах обследования,диагнозе,методах лечения,об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.9.Медицинские услуги (медицинское вмешательство) осуществляются при условии наличия подписанного информированного добровольного согласия Заказчика (Пациента) или его законного представителя,полученного в соответствии с требованиями действующего законодательства,если иное не установлено законодательством РФ.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту в соответствии с настоящим договором определяется в соответствии с Прейскурантом (размещен на стойке регистратуры по адресам: г. Тюмень, ул. Герцена 60/1, ул. Фабричная 7/1 и на сайте Исполнителя www.paracels.net). Прейскурант действует на момент предоставления соответствующей услуги, и складывается из суммарной стоимости перечисленных в приложении №1 медицинских услуг.

3.2. Стороны договорились об оплате услуг Заказчиком (Пациентом) путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя в порядке 100% не позднее дня оказания услуги. Исполнитель после оплаты стоимости услуг выдает Заказчику (Пациенту) контрольно-кассовый чек.

3.3. При досрочном расторжении настоящего договора денежные средства, внесенные Заказчиком (Пациентом), возвращаются ему при предъявлении Заказчиком (Пациентом) заявления установленного образца, договора, кассового чека и паспорта, за вычетом стоимости медицинских услуг, фактически ему оказанных.

3.4.В случае отказа Заказчика (Пациента) от предоставления ему мединской помощи ,Исполнитель вправе удержать понесенные им расходы из оплаченной Пациентом стоимости медицинской услуги.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1 Исполнитель обязуется:

4.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи,организации медицинской реабилитации и санаторно -курортного лечения,проведения медицинских экспертиз,диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

4.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

4.1.3.Предоставить Заказчику (Пациенту) для ознакомления и подписания Приложение №1 к настоящему договору,определяющее перечень, характер и объем планируемых медицинских услуг.

4.1.4.Извещать Заказчика (Пациента) о невозможности предоставления медицинской услуги(услуг), либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказываемых услуг, их прекращению, либо о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1.Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности предоставления требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской услуги и (или) невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

4.2.2. Не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место нарушение Заказчиком (Пациентом) своих обязанностей по договору, за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи.

4.2.3. Привлекать третьих лиц для оказания услуг Пациенту.

4.2.4. Заменить лечащего врача.

4.3. Заказчик (Пациент) обязан:

4.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических рекциях, противопоказаниях.

4.3.3.Пациент подтверждает,что 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.

4.3.4. Пациент подтверждает, что уведомлен 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.

4.3.5. Своевременно являться на предоставление медицинских услуг, строго выполнять все назначения, предписания и рекомендации специалистов и соблюдать Правила внутреннего распорядка для посетителей и пациентов Исполнителя. Полный текст Правил размещен на официальном сайте www.paracels.net в разделе «Правовая информация» и на информационно стенде Центра.

4.4. Заказчик (Пациент) имеет право:

4.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

4.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях,состоянии своего здоровья.

4.4.3. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности,предусмотренные законодательством Российской Федерации.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Заказчик (Пациент) и Исполнитель несут взаимную ответственность ,предусмотренную настоящим договором и действущим законодательством об охране здоровья граждан РФ.

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

5.3. Вред,причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной Услуги,подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение Услуг,если докажет,что неисполнение обязательств или их ненадлежащее исполнение произошло вследствии непреодолимой силы(кроме общепринятых(наводнения,землетрясения,военные действия, эпидемии,эпизоотии и т.д.) относятся такие обстоятельства,которые на современном уровне развития медицинской науки и практики могут быть однозначно спрогнозированы,диагностированы и предотвращены) или нарушения Пациентом установленных правил оказания Услуг,условия настоящего Договора,в том числе, но не ограничиваясь: при невыполнении либо нарушении рекомендаций,предписаний и назначений врача, пропуске назначенных врачом приемов,бесконтрольном самолечении,нарушении предписанного врачом режима,несоблюдении сроков оплаты медициских услуг,определенных положениями настоящего Договора,несообщение сведений либо предоставление недостоверной информации.

5.5. При наличии задолженности по оплате оказанных медицинских услуг, Исполнитель вправе приостановить дальнейшее оказание медицинских услуг, до даты погашения задолженности по оплате.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях,предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме, в том числе путем внесения изменений в План лечения и/или в Приложение №1 ,подписанного каждой из сторон.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до 31 декабря 2023 г. В случае, если до истечения срока действия настоящего договора ни одна из сторон не заявит письменно о его прекращении, договор считается пролонгированным на следующий год. Количество пролонгаций не ограничено.

7.2. Окончание срока действия договора не влечет за собой прекращение обязательств Сторон по договору. Договор признается действующим до момента выполнения сторонами своих обязательств.

7.3. Подтверждением окончания исполнения сторонами обязательств является медицинское заключение по поводу заболевании (-ний) или состояния (-ний), которые составили предмет настоящего Договора.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора разрешаются Сторонами путем переговоров, с соблюдение претензионного порядка, при невозможности урегулирования спорных ситуаций вопросы разрешаются в судебном порядке, согласно действующему законодательству.

8.2.Подписывая настоящий договор, Заказчик (Пациент) дает согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных с учетом требований, установленных ФЗ РФ от 27.07.2006 № 152 -ФЗ «О персональных данных» и подтверждает , что

ознакомился с Правилами внутреннего распорядка для посетителей и пациентов ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС» (полный текст Правил доступен на стойке регистратуры по адресам: г. Тюмень, ул. Герцена 60/1/1, ул. Фабричная 7/1, и на сайте Исполнителя www.paracels.net).

8.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи. Договор составлен в двух (трех) одинаковых экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС»	**Заказчик**
Юрид. Адрес: 625048, г. Тюмень, ул. Фабричная , д. 7,корп.1 помещ.1 ИНН/КПП 7202126584 /720301001 р/с 40702810400040101373 в ТФ АО «СНГБ» г. Тюмень к/с 30101810500000000870 БИК 047102870 Факт. адрес: г. Тюмень, ул. Герцена, д.60/1 (3452) 56-17-56, ул. Фабричная 7, корп.1,помещ.1 www.paracels.net	Ф.И.О.: ---------- Дата рождения: ---------- г. Адрес: Телефон: ---------- Паспортные данные: серия номер выдан ----------
Генеральный директор _____ /_____/ М.П. / подпись / Г. П. Борисова	_____/ ----------/ /подпись/ Фамилия И.О.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(ФИО гражданина либо законного представителя)

"_____" _____г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

"_____" _____г. рождения, проживающего по адресу:

_____
(в случае проживания не по месту жительства 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 <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в ООО «Центр аллергии и астмы «ПАРАЦЕЛЬС»

Медицинским работником _____
(должность, ФИО 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".
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

_____
(ФИО гражданина, конт.телефон)

_____
(ФИО гражданина, конт.телефон)

Я не возражаю против того, что моя медицинская карта будет вестись в бумажном и электронном варианте.

Я информирован(а) о том, что моя медицинская и персональная информация является конфиденциальной в соответствии с 323-ФЗ и 152-ФЗ, и мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья. Я даю Центру согласие на обработку и защиту моей персональной информации и разрешаю предоставлять мою медицинскую и персональную информацию в целях ведения электронной формы медицинской документации (в т.ч. в лабораториях-партнерах Центра), проведения экспертизы качества оказанной мне медицинской помощи, согласования объемов услуг и их оплаты Страховщиком (при оказании услуг в рамках договора ДМС).

Прошу отправлять мне сведения, содержащих мою врачебную тайну на следующий адрес электронной почты _____

С Правилами внутреннего распорядка для пациентов и посетителей ознакомлен(а).

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____»_____ г.

****ПЕРЕЧЕНЬ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НА КОТОРЫЕ ГРАЖДАНЕ ДАЮТ ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ВЫБОРЕ ВРАЧА И МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ** (*приказ Минздрава РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н)*

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, отоскопию, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования
4. Термометрия
5. Тонометрия
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические,), с проведением забора необходимого биоматериала - крови из пальца, крови из вены, мочи, кала, мазков и соскобов с кожи и слизистых оболочек,
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, кардиотокография (для беременных).
10. Ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. ингаляционно, интраназально, в ухо, в глотку, в гортань, интравагинально; лечебные процедуры при заболеваниях уха, горла, носа, проводимые без повреждения кожных покровов и слизистых (в т.ч. остановку кровотечения, промывания, продувания);
12. Медицинский массаж, мануальную терапию; блокады; рефлексотерапию
13. Косметологические процедуры
14. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (*ПриказМинздрава №965 от 30.11.2017)*

_____ _____

(подпись) (ФИО гражданина или его законного представителя, телефон)

«_____»_____ г.