

ДОГОВОР № _____ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Московская обл., г. Жуковский

" _____ " _____ 20__ год

Общество с ограниченной ответственностью «МТКлиник» (ООО "МТКлиник"), именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице *Генерального директора Мусиенко Татьяны Константиновны*, действующей на основании Устава, с одной стороны и

Фамилия Имя Отчество - полностью

Заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:

Я _____,
паспорт _____, выдан _____ яв
ляюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного
недееспособным: _____
ФИО ребенка или недееспособного гражданина- полностью, год рождения

именуемый(ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ» (или его законный представитель), с другой стороны, вместе также именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящий договор (далее - «ДОГОВОР») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** на основании обращения **ПАЦИЕНТА** обязуется оказать ему медицинские услуги в пределах объема платных медицинских и иных услуг, оказываемых **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** на основании лицензии (**Лицензия на осуществление медицинской деятельности** (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") № **ЛО-50-01-009620 от 19 апреля 2018 года**, выданная Министерством здравоохранения Московской области) и отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики, и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а **ПАЦИЕНТ** обязуется произвести оплату **ИСПОЛНИТЕЛЮ** в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Конкретный вид медицинских услуг, их объем определяется медицинскими показаниями в соответствии с заключениями врачей **ИСПОЛНИТЕЛЯ** и на основании волеизъявления **ПАЦИЕНТА** и указывается в индивидуальном комплексном плане лечения (оформляется в виде отдельного документа/консультативного заключения либо содержится в амбулаторной карте **ПАЦИЕНТА**). В ходе оказания услуг в комплексный план могут вноситься изменения, если выявляется необходимость в дополнительных медицинских услугах.

1.3. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: **140180, Московская область, г. Жуковский, ул. Лесная, д.1, пом.40**, в соответствии с утвержденными «Правилами предоставления платных медицинских услуг в ООО «МТКлиник».

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

2.1.1. Обеспечить **ПАЦИЕНТА** в доступной форме бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Оказывать **ПАЦИЕНТУ** услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора в соответствии с требованиями порядков оказания медицинской помощи, утвержденном Минздравом РФ или по просьбе **ПАЦИЕНТА** в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.1.3. Уведомить **ПАЦИЕНТА** в срок не менее чем за 6 часов до назначенного времени приёма в случае невозможности его осуществления (исключая форс-мажорные обстоятельства: например, внезапная болезнь врача и т.п.)

2.1.4. Сотрудничать при необходимости при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

2.1.5. Предоставить 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.

2.2. ПАЦИЕНТ обязуется:

2.2.1. Ознакомится с Прейскурантом на медицинские услуги **ИСПОЛНИТЕЛЯ**, действующим на момент обращения **ПАЦИЕНТА**, и с Правилами предоставления платных медицинских услуг **ИСПОЛНИТЕЛЯ**.

2.2.2. По запросу **ИСПОЛНИТЕЛЯ** предоставить ему необходимые документы и материалы, необходимые для исполнения настоящего Договора.

Пациент _____

Исполнитель _____

2.2.3. Оплачивать услуги **ИСПОЛНИТЕЛЯ** в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.3.4. Уведомить **ИСПОЛНИТЕЛЯ** о невозможности явки не менее чем за 6 часов до назначенного времени приема.

2.2.5. Кроме того **ПАЦИЕНТ** обязан:

- информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
- соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения;
- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе, соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.3.1. Получать от **ПАЦИЕНТА** любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления **ПАЦИЕНТОМ** информации **ИСПОЛНИТЕЛЬ** имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Получать оплату за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Перенести время получения медицинской услуги при опоздании Пациента более чем на 20 минут от назначенного времени.

2.4. ПАЦИЕНТ имеет право:

2.4.1. Получать от **ИСПОЛНИТЕЛЯ** услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.4.3. Получить от **ИСПОЛНИТЕЛЯ** справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы (в соответствии с п. 3 п. 1 ст. 219 Налогового кодекса РФ налогоплательщик имеет право на получение социального налогового вычета за услуги по лечению).

3. ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА.

3.1. Условия получения **ПАЦИЕНТОМ** медицинских услуг: планово амбулаторно, стационарно.

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** при подписанном **ПАЦИЕНТОМ** информированном добровольном согласии, данным в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (ст.20 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011). С Прейскурантом цен на оказание медицинских услуг в Клинике **ПАЦИЕНТ** ознакомлен до подписания настоящего договора.

3.3. 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 **ПАЦИЕНТА**. Без согласия **ПАЦИЕНТА** **ИСПОЛНИТЕЛЬ** не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни **ПАЦИЕНТА** при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

3.5. В случае отказа **ПАЦИЕНТА** после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом **ПАЦИЕНТ** оплачивает **ИСПОЛНИТЕЛЮ** фактически понесенные **ИСПОЛНИТЕЛЕМ** расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.6. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от N 2300-1 «О защите прав потребителей» от 07.02.1992.

4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

4.1. Стоимость платных медицинских и иных услуг, представляемых **ПАЦИЕНТУ** по настоящему Договору, определяется Прейскурантом **ИСПОЛНИТЕЛЯ** на платные медицинские услуги, действующим на момент оказания медицинской услуги.

4.2. Оплата проводится **ПАЦИЕНТОМ** путем перечисления предоплаты в размере 100% стоимости медицинских услуг путем внесения денежных средств в кассу **ИСПОЛНИТЕЛЯ** или на его расчетный счет (в том числе с использованием платежных карт) в соответствии с Прейскурантом услуг **ИСПОЛНИТЕЛЯ** и исходя из объема оказываемых медицинских услуг при очередном обращении в период действия настоящего Договора.

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет **ИСПОЛНИТЕЛЯ** или день внесения денежных средств в кассу. **ПАЦИЕНТУ** в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

4.4. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств **ИСПОЛНИТЕЛЬ** возвращает **ПАЦИЕНТУ** денежные средства в течение 3 (трех) рабочих дней с момента предъявления письменного требования **ПАЦИЕНТА**.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

5.1. **ИСПОЛНИТЕЛЬ** несет ответственность перед **ПАЦИЕНТОМ** за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики,

Пациент _____

Исполнитель _____

профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни **ПАЦИЕНТА**.

5.2. Стороны пришли к соглашению о том, что настоящий договор прекращает свое действие при наступлении для **ИСПОЛНИТЕЛЯ** невозможности соблюдать по независящим от него обстоятельствам лицензионные требования и условия, предусмотренные Положением о лицензировании медицинской деятельности. Невозможность соблюдения требований может быть обусловлена в том числе:

- отсутствием специалиста, задействованного в оказании услуг в рамках настоящего договора (в т. ч., связанное с увольнением специалиста)
- неисправность, неработоспособность (в т.ч. из-за отсутствия электропитания), повреждение или утрата медицинского оборудования, задействованного в оказании услуг в рамках настоящего договора
- иные причины в соответствии с законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г.

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

5.5. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании **ПАЦИЕНТУ** медицинской помощи.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ.

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между **СТОРОНАМИ**, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

7.1. Настоящий Договор заключен на 1 (один) год. Если ни одна из **СТОРОН** не менее чем за 1 месяц до истечения срока действия договора не заявит о расторжении договора, договор считается пролонгированным еще на один год на тех же условиях. Число пролонгаций не ограничено.

7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию **СТОРОН**, а также в других случаях, предусмотренных законодательством РФ.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих **СТОРОН**.

8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ.

8.1. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из **СТОРОН**.

8.2. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются документы, которые хранятся у **ИСПОЛНИТЕЛЯ**: медицинская (амбулаторная) карта Пациента, согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, Прейскурант на медицинские услуги, индивидуальный комплексный план лечения.

8.3. Пациент согласен, что при подписании настоящего договора и любых дополнительных соглашений к нему. ООО «МТКлиник» вправе использовать аналог собственноручной подписи Генерального директора Мусиенко Т.К., предоставляемой посредством клише с факсимиле подписи, что не противоречит требованиям ст.160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ПАЦИЕНТ (или его законный представитель): _____ _____ _____ _____ _____ _____ <i>(Ф.И.О. полностью, номер паспорта, когда и кем выдан)</i> Дата рождения « _____ » _____ г. Адрес проживания: _____ _____ _____ Контактный телефон _____ Эл.почта: _____	ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО "МТКлиник" Юридический адрес/адрес местонахождения: 140180, Московская обл., г. Жуковский, ул. Лесная, дом 1, пом.40 Сайт: 9mesyacev.com Эл.почта: 9-mesyacev@mail.ru Тел. 8-495-532-91-87; 8-926-618-08-68; 8-925-666-07-76 ИНН 5040103812, КПП 504001001 ОГРН 1155040003744 ОКПО 01283030 р/сч 407 028 106 400 000 087 86 ПАО "Сбербанк" г. Москва к/сч 301 018 104 000 000 002 БИК 044525225 Генеральный директор _____ Т.К. Мусиенко
--	--

Пациент _____

Исполнитель _____

Подпись _____

Пациент _____

Исполнитель _____