**Договор № НОМЕР ВИЗИТА**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Ликино-Дулево, Московской области | ДАТА ВИЗИТА г. |

**Клиника Доктора Шаталова [ООО "Клиника"]** (ИНН 5034027465, ОГРН 1065034030533 - **свидетельство о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц серия 50 № 009539674 от 30.09.2006г., выданное Межрайонной ИФНС №10 по Московской области**, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00357448 от 23.10.2020 г., выданная Министерством Здравоохранения Московской области, г .Москва, ул.Большая полянка, д.42/2, +7(499)238-73-47, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией указаны в Приложении №1 к настоящему договору), адрес места нахождения: г. Ликино-Дудево, ул. Ленина, д 4 «д», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице генерального директора Петровой Елены Вячеславовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка) **ФИО ПАЦИЕНТА ПОЛНОСТЬЮ**, проживающий по адресу АДРЕС ПАЦИЕНТА, паспорт ПАСПОРТ ДАННЫЕ, телефон ТЕЛЕФОН, именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора **Клиника** обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, согласно таблице, приведенной ниже, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги в следующем порядке: на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет либо наличными деньгами в кассу Клиники. На руки Пациенту выдаются кассовые чеки, копии чеков и/или другой документ, подтверждающий прием Клиникой наличных денег.

1.2. Условия оказания медицинских услуг- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника; в дневном стационар; стационарно (нужное подчеркнуть).

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Перечень платных медицинских услуг | Кол-во | Сроки | Стоимость | Сумма |
| 1 | СПИСОК УСЛУГ ВИЗИТА | 1 |  | 00.00 | 00.00 |
| **ИТОГО** | | | | | 00.00 руб. |

Стоимость медицинских услуг составляет 00.00 рублей (СУММА ПРОПИСЬЮ рублей 00 копеек) и определяется на основании, действующего Прейскуранта, утвержденного Клиникой и согласованного с Пациентом.

2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Клиникой, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Клиники, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

2.3. В момент заключения настоящего Договора Пациент информирован 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 иобязательного медицинского страхования оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление ему платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре.

2.5. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.6. Оплата производится в следующем порядке: на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет либо наличными деньгами в кассу Клиники. На руки Пациенту выдаются кассовые чеки.

2.7. Пациенту предоставлена информация: - о порядке оказания медицинской помощи и стандартах 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;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

2.8. Пациенту (законному представителю пациента)после исполнения договора исполнителем выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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.

2.9. Сроки оказания медицинских услуг по настоящему Договору (в т.ч. день и время проведения услуг, сроки ожидания результатов исследований, время на подготовку к манипуляциям и т.п.) пациенту (законному представителю пациента)доведены и с ним согласованы.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. Клиника обязуется осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Клиника имеет право требовать от Пациента выполнения возложенных на него данным договором обязанностей.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Клиникой медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Клиники, требования и предписания медицинского персонала Клиники как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу Клиники. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. Пациент имеет право на получение медицинской помощи в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также с условиями настоящего договора.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор может бытьизменен или расторгнут досрочно по соглашению сторон.

При расторжении договора по инициативе (либо в результате фактических действий) Пациента он оплачивает фактически понесенные Клиникой расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.2. Пациент предупрежден о том, что при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

**Приложения:**

**Приложение № 1** – перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией№ Л041-01162-50/00357448 от 23.10.2020 г.

Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:

142600, Московская область, г. Ликино-Дулево, ул. Ленина, д. 4 «д» выполняемые работы, оказываемые услуги:

Приказ 866н;

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лечебной физкультуре, медицинской статистике, общей практике, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по общей врачебной практике (семейной медицине); при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, детской хирургии, кардиологии, косметологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии-наркологии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, акушерству и гинекологии, акушерству и гинекологии (искусственному прерывание беременности);

При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии, офтальмологии, эндокринологии, акушерству и гинекологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие услуги: предварительные и периодические медицинские осмотры, предрейсовые и послерейсовые медицинские осмотры, медицинские осмотры профилактические, медицинские освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, профессиональной пригодности, временной нетрудоспособности.

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **Пациент** |
| Общество с ограниченной ответственностью "Межбольничная аптека"  Юридический адрес: 142602, г.Орехово-Зуево, ул. Набережная д.10-А  Фактический адрес: 142600, г.Ликино-Дулево, ул. Ленина д. 4 «д»  ОГРН 1065034030533, ИНН 5034027465, КПП 503401001  р/с 40702810100540001405  в Филиале Центральный ПАО Банка «ФК Открытие»  к/с 30101810945250000297  БИК 044525297  ЛИЦЕНЗИЯ: № Л041-01162-50/00357448 от 23.10.2020 г.  тел. +74964189159  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Директор Общество с ограниченной ответственностью "Межбольничная аптека"  Петрова Е.В./М.П. | ФАМИЛИЯ  ИМЯ  ОТЧЕСТВО  Паспорт: ДАННЫЕ ПАСПОРТА  Адрес: АДРЕС  Телефон: ТЕЛЕФОН  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ Пациент |

Кассовый чек получил ФИО ПАЦИЕНТА ПОЛНОСТЬЮ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Уведомление**

**потребителя (заказчика) о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) исполнителя (медицинского работника,предоставляющего платную медицинскую услугу)**

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиника»** (далее по тексту –Исполнитель), в соответствии с п. 24Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. №736, уведомляет \_ ФИО ПАЦИЕНТА ПОЛНОСТЬЮ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя (заказчика)

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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

ДАТА ВИЗИТА ФИО ПАЦИЕНТА /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. потребителя (заказчика) (подпись)