|  |
| --- |
| **ДОГОВОР №\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **на оказание добровольных платных медицинских услуг**  Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский центр "Здравница", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Карпенко Марии Анатольевны, действующей на основании Устава и лицензии на оказание медицинских услуг №ЛО -42-01-003738 от 30.06.2015г. выданной Управлением лицензирования медико-фармацевтических видов деятельности Кемеровской обл. (г.Кемерово, пр-т Ленина 212Б, тел. 8-3842-54-69-62. Номенклатура работ: 1.Лечебное дело, 2Медицинский массаж, 3.Сестринское дело, 4. Физиотерапия, 5.Функциональная диагностика, 6. Терапия, 7. Дневной стационар, 8. Акушерству и гинекология, 9. Дерматовенерология, 10. Кардиология, 11. Мануальная терапия, 12. Неврология, 13. Оториноларингология, 14. Офтальмология, 15. Рефлексотерапия, 16. Травматология и ортопедия, 17. Ультрозвуковая диагностика, 18 . Хирургия, 19. Эндокринология, 20. Педиатрии, 21. Детской хирургии, 22. Кардиологии, 23. Аллергологии и ммунологии, 24. Онкологии, 25. Психиатрии и наркологии, 25. Пульмонологии. 26. Стоматологии терапевтической, 27. Медицинские осмотры послерейсовые, предрейсовые, 28. Экспертиза временной нетрудоспособности. Свидетельство внесения в ЕГРЮЛ Межрайонной инспекцией ФНС России ¹11 по Кемеровской обл, ОГРН: 1154223000700 от 20.03.2015г), с одной стороны, и потребитель медицинской услуги ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:  **1. Предмет договора**  По настоящему договору Исполнитель обязуется за плату оказать Заказчику медицинские услуги.  Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость услуг в соответствии с действующим «Прейскурантом на медицинские услуги» (в дальнейшем «Прейскурант») в размере, указанном в выставленном счете.  **2. Права и обязанности сторон**  2.1. Исполнитель обязуется:  2.1.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с актом об оказании мед.услуг к настоящему договору соблюдая стандарты качества мед. услуг, либо в виде отдельных составляющих в том числе в объем е превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.  2.1.2. Предложить Заказчику самый безопасный и оптимальный метод обследования и лечения с минимальным среднестатистическим риском.  2.1.3. По желанию Заказчика предоставлять бесплатную, доступную информацию о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов.  2.2. Исполнитель имеет право:  2.2.1. Определять объем, характер, сроки предоставления медицинских услуг.  2.2.2. Отказать Заказчику в оказании ему услуг, с возвратом уплаченной им за эти услуги суммы, если услуга не может быть оказана по объективным причинам.  2.2.3. Отказать Заказчику в оказании ему услуг, с возвратом уплаченной им суммы, при некорректном поведении Заказчика  2.2.4. Не возвращать уплаченную сумму Заказчику в случае невозможности оказания медицинской услуги по вине Заказчика.  2.2.5 Собирать, хранить, обрабатывать, уничтожать персональные данные Заказчика, а также передавать их третьим лицам в тех случаях, когда это определено законом.  2.3. Заказчик обязуется:  2.3.1. Доводить до сведения медицинского персонала необходимую информацию о состоянии своего здоровья.  2.3.2. Выполнять рекомендации лечащего врача, записанные в амбулаторной карте Пациента или других медицинских документах.  2.3.3. Незамедлительно сообщить врачу о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения.  2.4. Заказчик имеет право:  2.4.1. На получение информации в рамках настоящего договора.  2.4.2. Согласиться или не согласиться с предложенными Исполнителем методами диагностики и лечения.  2.4.3. Отказаться от дальнейшего исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.  **3. Срок действия договора**  3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента окончательного исполнения Сторонами своих обязательств.  **4. Прочие условия**  4.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества услуг спор между Сторонами рассматривается согласительной комиссией с привлечением, при необходимости, независимых экспертов.  4.2. При невозможности урегулировать спор путем переговоров претензии передаются Сторонами в суд в соответствии с положением действующего законодательства.  4.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.  Юридические адреса сторон:  Исполнитель:  ООО "Медицинский центр "Здравница"  ОГРН: 1154223000700  ИНН/КПП: 4223072221/422301001  г. Прокопьевск, ул. Сафоновская, здание 28, помещение 1 Тел.8-3846-64-37-57  Генеральный директор Карпенко М.А.  Пациент: Заказчик  Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Согласие Пациента на получение медицинских услуг  Я, ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  информирован(а) об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Кемеровской области о бесплатной медицинской помощи. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских(ой) услуг (и) платно, в соответствии с заключенным Договором на оказание добровольных платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_  Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|

|  |
| --- |
| **Акт об оказании медицинских услуг**  **к договору на оказание медицинских услуг №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  г. Прокопьевск Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Здравница», лицензия на право осуществления медицинской деятельности №ЛО -42-01-003738 от 30.06.2015г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Карпенко Марии Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года рождения, Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:  1.В соответствии с условиями договора на оказание медицинских услуг Заказчику были оказаны следующие медицинские услуги:  Услуга\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, к-во: \_\_\_\_\_\_\_\_, цена (руб.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, скидка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, сумма: \_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.;  на сумму 2200  1.Внесенный Заказчиком аванс составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.  2.Сумма, подлежащая доплате в соответствии с настоящим актом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.  3.Заказчик не имеет претензий по качеству оказанных услуг. Услуги оказаны качественно и в срок.  4.Настоящий акт составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон.  5.Подписи сторон:  Юридические адреса сторон:  Исполнитель:  ООО "Медицинский центр "Здравница"  ОГРН: 1154223000700  ИНН/КПП: 4223072221/422301001  г. Прокопьевск, ул. Сафоновская, здание 28, помещение 1 Тел.8-3846-64-37-57  Генеральный директор Карпенко М.А.  Пациент: Заказчик  Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |