

ДОГОВОР
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ № _____

Город _____

Дата _____

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Алины Бухаровой» действующее на основании Устава, лицензии № ЛО- 16-01-008235 от 08 июля 2020 г. на осуществление медицинской деятельности по виду работ (услуг), выданной Министерством здравоохранения РТ, расположенного по адресу: г. Казань, ул. Островского 11/6, тел.(843) 231-79-20 (срок действия лицензии: бессрочно), и свидетельства о государственной и юридического лица от «02» сентября 2016г. № 1161690144736, выданного Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России №18 по РТ, в лице **директора Бухаровой Алины Петровны**, именуемое в дальнейшем «*Исполнитель*», с одной стороны, и

_____ (ФИО полностью)

именуемый в дальнейшем «*Заказчик*» с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора, стоимость договора, и срок предоставления медицинской услуги.

1.1. *Исполнитель* обязуется оказать *Заказчику* медицинские услуги, а *Заказчик* обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых *Исполнителем* *Заказчику*, сроки их оказания и их стоимость определяются Сторонами в приложении №1 к настоящему договору в соответствии с прейскурантом *Исполнителя*.

2. Порядок расчетов.

2.1. *Заказчик* производит оплату услуг *Исполнителя* наличным способом путем внесения денежных средств в кассу *Исполнителя* или безналичным способом путем зачисления денежных средств на расчетный счет *Исполнителя* непосредственно в день обращения за услугой в порядке 100% предоплаты (до начала оказания услуг).

2.2. Оплата может производиться как самим *Заказчиком*, так и другим лицом за него. При оплате услуг по настоящему договору третьим лицом за *Заказчика* обязательно указываются ФИО *Заказчика*, за которого производится оплата.

3. Заказчик имеет право:

3.1. Знакомится с документами, подтверждающих правоспособность *Исполнителя* и его специалистов на оказание медицинских услуг.

3.2. Получать от *Исполнителя* для ознакомления в устной форме любые сведения об оказываемых медицинских услугах, ходе лечения, информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, прогнозе заболевания, методах применяемого лечения и связанным с ними рисках, возможных осложнениях, результатах проведенного лечения, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и т.д.

3.3. Расторгнуть договор по своей инициативе, при этом полностью оплатив *Исполнителю* уже оказанные услуги.

4. Заказчик обязан:

4.1. Принять и оплатить оказанные *Исполнителем* медицинские услуги согласно Прейскуранту, в том числе и дополнительные медицинские услуги в порядке, в сроки и на условиях в соответствии с настоящим договором.

4.2. Своевременно и в полном объеме предоставлять *Исполнителю* необходимую информацию о состоянии своего здоровья, перенесенных и хронических заболеваниях, аллергических реакциях, в целях обеспечения качественного оказания *Исполнителем* медицинской помощи. Данная информация оформляется *Заказчиком* собственноручно в виде анкетных данных в медицинской карте, а также анамнеза жизни и заболевания, заполняемых врачом в первичной медицинской документации, находящейся у *Исполнителя*.

4.3. Соблюдать график прохождения процедур и режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний лечащего врача; соблюдать Правила внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительный режим.

4.4. Обеспечить свое присутствие у специалиста *Исполнителя* в соответствии с предварительной записью. В случае отказа от записи, предупредить *Исполнителя* минимум за 2 часа до приема и определить удобное время визита.

4.5 Своевременно представить *Исполнителю* результаты лабораторных и иных исследований, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему договору. Срок предоставления документов сообщается *Заказчику* *Исполнителем* в рекомендациях лечащего врача.

5. Исполнитель имеет право:

5.1. При выявлении у *Заказчика* противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

5.2. При опоздании *Заказчика* более чем на 10 минут, *Исполнитель* вправе перенести запись на другое, согласованное с *Заказчиком*, время и принять другого пациента.

5.3. Требовать от *Заказчика* соблюдения графика прохождения процедур и режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний лечащего врача; соблюдения внутреннего режима распорядка медицинской организации (*Исполнителя*);

5.4, отказаться от исполнения договора в случае несоблюдения *Заказчиком* Правил внутреннего распорядка учреждения, лечебно-охранительного режима медицинской организации (*Исполнителя*).

5.5. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных *Заказчика*, достаточных для его идентификации.

5.6. Сотрудничать и привлекать при оказании услуг по настоящему договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами по вопросу оказания услуг, определенных предметом настоящего договора.

5.7. Производить видеосъемку в помещениях медицинской организации *Исполнителя* с целью обеспечения

безопасности пациентов в помещении клиники, улучшения качества оказываемых услуг, контроля соблюдения санитарно-эпидемиологических требований.

6. Исполнитель обязан:

6.1. Обеспечить *Заказчика* информацией в любой доступной форме, включающей в себя сведения о местонахождении *Исполнителя*, режиме работы, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения об условиях предоставления скидок, а также ознакомить *Заказчика* с Правилами внутреннего распорядка учреждения *Исполнителя*.

6.2. Немедленно известить *Заказчика* о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг, о чем проставляется отметка в карте Пациента с подписью *Заказчика* о таком уведомлении.

6.3. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

6.4. Предоставить *Заказчику* сведения в любой доступной форме об основных потребительских свойствах оказываемых медицинских услуг, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, которые могут возникнуть не по вине *Исполнителя*.

7. Ответственность сторон

7.1. Стороны договора несут ответственность, предусмотренную законодательством и настоящим договором и за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством.

7.2. В случае неисполнения *Заказчиком* требований, предъявляемых к нему *Исполнителем* в части предоставления неполной и (или) неверной информации относительно состояния здоровья *Заказчика*, в случае несоблюдения графика прохождения процедур, режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний лечащего врача, несоблюдения Правил внутреннего распорядка учреждения, *Заказчик* несет личную ответственность за конечный результат оказанной медицинской услуги, снижение ее эффективности и возможные осложнения, возникшие вследствие неисполнения вышеуказанных требований, предъявляемых *Исполнителем* к *Заказчику* при оказании медицинских услуг. *Исполнитель* не несет ответственность за оказанные медицинские услуги по настоящему договору, если докажет, что такие последствия наступили в результате нарушений *Заказчиком* условий пункта 4.2, 4.3 настоящего договора.

7.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренными законодательством

8. Основания и порядок изменения и расторжения договора

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря текущего года. Оказание медицинских услуг Пациенту осуществляется на основании обращений Пациента в ООО "Клиника Алины Бухаровой" в период действия настоящего договора. Оплата услуг ООО "Клиника Алины Бухаровой" осуществляется Пациентом на основании утвержденных на дату обращения в ООО "Клиника Алины Бухаровой" цен.

В случае, если ни одна из сторон не заявит о своем желании отказаться от исполнения договора в письменной форме, договор считается пролонгированным на 1 год на тех же условиях. Последующая пролонгация происходит автоматически.

8.2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в одностороннем порядке по письменному требованию одной из сторон на основании, предусмотренным Договором и законодательством в течении 30 календарных дней со дня получения стороной такого требования.

8.3. *Заказчик* вправе отказаться от исполнения договора возмездного оказания услуг при условии оплаты *Исполнителю* фактически понесенных им расходов (в том числе затрат на подготовку к оказанию *Заказчику* услуг и закупку необходимого оборудования, материалов и другое) (ст. 782 ГК РФ). Возврат ранее оплаченной *Заказчиком* суммы с удержанием в случае необходимости суммы, необходимой для оплаты *Исполнителю* фактически понесенных им расходов, производится *Исполнителем* в течение 3 (трех) банковских дней с момента подачи *Заказчиком* заявления об отказе от услуги.

8.4. *Исполнитель* вправе расторгнуть договор в случае неоднократного нарушения *Заказчиком* сроков оплаты Услуг либо несвоевременной оплаты *Заказчиком* Услуг по договору 2 (двух) и более этапов и/или нарушения сроков оплаты Услуг либо несвоевременной оплаты *Заказчиком* Услуг по одному этапу на срок более 10 рабочих дней, в том числе отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке при неисполнении Пациентом (*Заказчиком*) правил внутреннего распорядка и нарушении режима работы *Исполнителя*, рекомендаций и назначений *Исполнителя*.

9. Разрешение споров

Претензии и споры, возникшие между *Исполнителем* и *Заказчиком*, разрешаются по соглашению сторон, а в случае недостижения соглашения в установленном законом порядке.

10. Прочие условия договора

10.1 *Заказчик* подтверждает, что он проинформирован:

- о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной в рамках обязательного медицинского страхования.

- о том, что несоблюдение указаний / рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, может снизить ее качество, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя, а также о том, что находящиеся на лечении граждане обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

- о форме и способах направления обращений / жалоб в органы власти и организации на действия Исполнителя.

10.2. Заказчик дает свое согласие на фотографирование себя сотрудником *Исполнителя* до и после оказания медицинской помощи согласно договору и /или отдельной процедуры с целью оценки результатов лечения. *Заказчик* подтверждает свое согласие на ведение *Исполнителем* видеозаписи в помещениях *Исполнителя* (п.5.7 настоящего договора).

10.3. Пациент (*Заказчик*) предоставляет/не предоставляет (нужное подчеркнуть) свое согласие на получение от *Исполнителя* информационных сообщений о новых услугах, скидках, акциях и других мероприятиях, проводимых *Исполнителем* в виде СМС на указанный в настоящем договоре номер телефона, а также в виде сообщений по электронной почте на указанный в настоящем договоре адрес электронной почты.

10.4. Путем подписания настоящего договора *Заказчик* подтверждает, что дееспособности не лишен, под опекой и попечительством не состоит, не страдает заболеваниями, препятствующими осознать суть договора и его правовые последствия, а также подтверждает, что действует по доброй воле, без принуждения, и обстоятельства, вынуждающие совершать Договор на крайне невыгодных для себя условиях, отсутствуют.

10.5. *Заказчик* согласен принять при подписании Договора факсимильное воспроизведение подписи *Исполнителя*, произведенное с помощью средств механического копирования в качестве подписи.

10.6. 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.

10.7 По запросу Заказчика либо законного представителя Исполнитель предоставляет копии медицинских документов (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.

11. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель	Заказчик
ООО «Клиника Алины Бухаровой» 420015, РТ, г. Казань, ул. Жуковского д.29 пом.1 Расчетный счет 40702810916470000885 ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО) ИНН 1655370685 ОГРН 1161690144736 БИК 044525411 Корр. счет: 30101810145250000411 Сайт: https://buharova.com/	Ф.И.О. _____ СНИЛС: _____ Полис ОМС: _____ Паспорт: Серия _____, Номер _____, выдан _____. Адрес регистрации: _____ Адрес места жительства: _____ Контактный телефон: сотовый _____

Подпись _____ /Бухарова А.П. /

Подпись _____ / _____ /