

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

Г.

«__» _____ 201 г.

ООО «**Центр Терапевтической Косметологии**» (633010, НСО г. Бердск, ул. Островского, 122 офис 7; ОГРН 1135483002820, свидетельство 54 № 004745415, выданное МИФНС № 3 по Новосибирской области от 10.07.2013 г.), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующий на основании Лицензией № ЛО-54-01-002525 от 20 февраля 2014 г., выданной министерством здравоохранения Новосибирской области, расположенного по адресу: г. Новосибирск, ул. Красный проспект, 18. тел. (383) 203-55-07, при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, при осуществлении первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии, организации здравоохранения и общественному здоровью. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, в лице главного врача Хазовой Марины Юрьевны, действующего на основании Уставас одной стороны, и гражданин _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Центр Терапевтической Косметологии» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими возможностями и желанием Пациента, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты медицинских услуг, последствия медицинских услуг и предполагаемые результаты, степень риска медицинских услуг и возможные осложнения, информирует об этом пациента и получает его Информированное добровольное согласие (Приложение №1), после чего проводит комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

2.2 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

2.3. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, графика работы врача и согласовывается с пациентом в Плане лечения (приложение №2).

2.4. Перечень оказываемых медицинских услуг указывается в Информированном добровольном согласии.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и медицинских услуг, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", планом и стоимостью медицинских услуг. При изменении плана и стоимости медицинских услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за кожей после проведения процедуры, в том числе указанные в Памятке пациента (Приложение №3).

3.2.2. После предоставления ему информации, указанной в п. 3.1.3, подписать Информированное согласие на оказание медицинских услуг и другие Приложения к настоящему договору, Медицинскую карту пациента.

3.2.3. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.4. Во время наблюдения и оказания медицинских услуг не использовать лекарственные препараты, косметические средства и процедуры, воздействующие на кожу, назначенные специалистами других организаций или самостоятельно, без уведомления лечащего врача Исполнителя.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию к Исполнителю.

3.2.6. При отказе от продолжения оказания медицинских услуг у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные затраты исполнителя.

3.2.7. После завершения оказания услуг подписать Акт сдачи-приемки оказанных услуг (Приложение № 4).

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость медицинских услуг.

3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.3. Установить гарантийные обязательства на оказанные услуги в соответствии с Информированным добровольным согласием на оказание платных медицинских услуг и Положением о гарантийных обязательствах.

3.4 Пациент имеет право:

- 3.4.1. Требовать информации о результатах медицинских услуг, своем состоянии здоровья, действиях лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.
- 3.4.2. Получить ксерокопии своей медицинской документации при условии оплаты расходных материалов и затраченного дополнительного труда персонала.
- 3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты выполненных последним услуг.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит предварительную оплату медицинских услуг кассиру-регистратору, который выдает кассовый чек на руки Пациенту в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг, указанных в Предварительном плане медицинских услуг.

5. Ответственность сторон

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с текущим разделом настоящего договора. В случаях, неурегулированных данным разделом, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. В случае неблагоприятного исхода медицинских услуг в связи с исходным состоянием здоровья пациента, а также в случаях возникновения предполагаемых осложнений или не наступлении результата медицинских услуг, возможность возникновения которых была указана и согласована с пациентом при получении Информированного добровольного согласия на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1), Исполнитель перед Пациентом ответственности не несет.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственность за последствия нарушения пациентом п.п. 3.2.1, 3.2.4 настоящего договора, в том числе исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения гарантийных обязательств перед пациентом.
- 5.4. В случае нарушения пациентом п. 3.2.5. настоящего договора, Исполнитель не несет ответственности в случае предъявления претензий пациента по качеству оказания медицинских услуг, кроме случаев, когда пациент надлежаще известит Исполнителя о своем желании обратиться в другое лечебное учреждение с целью устранения недостатков оказанных исполнителем медицинских услуг и обеспечит присутствие врача исполнителя при первом приеме пациента в другом лечебном учреждении.
- 5.5. Неявка Пациента на профилактический, контрольный осмотр, невыполнение рекомендаций лечащего врача является основанием для одностороннего расторжения договора по инициативе Клиники.

6. Порядок разрешения споров

- 6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Администрацией Исполнителя. В случае не устранения разногласий, споры рассматриваются клинико-экспертной комиссией Исполнителя с привлечением сторонних специалистов.
- 6.2. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения Исполнителя.

7. Прочие условия

- 7.1. Содержание, сроки и объем медицинских услуг согласовываются сторонами и отражаются в Медицинской карте, Планах лечения и Акте выполненных услуг.
- 7.2. Подписывая настоящий договор, Пациент управомочивает Исполнителя, при необходимости, провести оценку качества оказанных Пациенту услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте. При этом Исполнитель обязуется предупредить последних о необходимости соблюдения врачебной тайны.
- 7.3. Подписывая настоящий договор, пациент дает согласие на хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение своих персональных данных на неопределенный срок (в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных» № 152—ФЗ от 27.07.2006г.) в целях реализации настоящего договора.
- 7.4. Все приложения, указанные в настоящем договоре, рассматриваются сторонами как неотъемлемые составные части настоящего договора.

8. Срок действия договора

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

9. Реквизиты сторон

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» ООО «Центр Терапевтической
Косметологии»
633010, НСО г. Бердск, ул. Островского 122 офис 7
ИНН 5445016413 5 КПП 544501001
р/сч 40702810401510000141 НОВОСИБИРСКИЙ
ФИЛИАЛ ПАО «МДМ БАНК» г. Новосибирск
к/сч 30101810850040000775 БИК 045004775
ОГРН 1135483002820
Директор М.Ю. Хазова

«ПАЦИЕНТ» _____

Тел. 89139233913; (383) 286-96-59

паспорт серии _____ № _____ выдан

«___» _____ 200__ г.

Моб. тел.:

«ИСПОЛНИТЕЛЬ» _____
Подпись

«ПАЦИЕНТ» _____
ФИО полностью, подпись

