

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Стерлитамак

« _____ » _____ 20 _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ДуплексМед» (ООО «ДуплексМед»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», зарегистрированное 17.06.2010г. в Едином государственном реестре юридических лиц (*свидетельство Инспекции Федеральной налоговой службы по г. Стерлитамаку Республики Башкортостан серия 02 №006173366*), лице директора Абизгильдина Анвара Насимовича, действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданин (ка) РФ

 именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» или представитель Потребителя в лице

 именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с выданными лицензиями на осуществление медицинской деятельности (лицензии на медицинскую деятельность № **ЛО-02-01-001263** от 21 октября 2010 г. (срок действия до 21.10.2015г.) и № **ЛО-02-01-001927** от 10.02.2012г. (срок действия – «бессрочно»), выданных *Министерством здравоохранения Республики Башкортостан*, г. Уфа, ул. Тукаева, 23, тел. (347)250-33-10), согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.1.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя) (Приложение №2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

1.1.2. Перечень медицинских услуг и их стоимость (в руб.), оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1 (*Перечень платных медицинских услуг*), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Потребитель (Заказчик) подтверждают, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (**утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006**);

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил его 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;

- уведомил Потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя (лечащего врача), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.3. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе в ООО «ДуплексМед».

1.4. Срок предоставления медицинских услуг с « _____ » _____ 20 _____ г. по « _____ » _____ 20 _____ г.

1.4.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.5. Потребитель (Заказчик) согласовывает с Исполнителем график, сроки, проведения обследований, лечения с

 (Ф.И.О. лечащего врача)

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю либо Заказчику в пользу Потребителя платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг (Приложения № 1).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

2.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

2.1.5. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.6. Исполнитель обязан устранить неотложные состояния, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.

2.1.7. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения:

- графика прохождения процедур;

- соблюдения внутреннего режима медицинской организации;

- соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

2.2.2. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №1, согласно Прейскуранту цен, и в порядке, определенном разделом 3 настоящего Договора.

2.4. Потребитель обязуется:

2.4.1. Предоставить Исполнителю (лечащему врачу) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения или получения медицинских услуг.

2.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.4.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации лечащего врача.

2.4.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (лечащему врачу) о любых изменениях самочувствия.

2.4.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.4.6. Согласовывать с Исполнителем (лечащим врачом) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.4.7. Соблюдать график приема врачей-специалистов.

2.4.8. Соблюдать внутренний режим медицинской организации.

2.5. Потребитель имеет право:

2.5.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;

2.5.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, в процессе обследования, лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.5.3. Выбрать врача (с учетом его согласия);

2.5.4. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.5.5. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.5.6. Дать добровольное согласие на медицинское вмешательство;

2.5.7. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

3. Стоимость и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю (Заказчику) настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, и составляет _____ рублей

(прописью)

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя (Заказчика) с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое будет являться неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3. Оплата Услуги осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств непосредственно Исполнителю или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день подписания настоящего договора.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) материалы, выявленных в процессе оказания услуг. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Потребителем; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил при оказании услуг.

5. Качество услуги

5.1. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий лечения.

5.2. Оказанная Исполнителем Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Потребитель (Заказчик) не заявил претензий в период 3 календарных дней после проведенной манипуляции.

6. Порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока действия в следующем порядке:

6.2.1. по инициативе Исполнителя:

- при невыполнении Потребителем (Заказчиком) обязательств по оплате услуг.

- при нарушении Потребителем условий настоящего Договора, связанных с получением услуг, а именно: при нарушении Потребителем плана лечения, режима осуществляемых процедур, несоблюдении врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Потребителя от необходимых обследований (аллергопроб, диагностических исследований), непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии указанных плана лечения, режима процедур, рекомендаций и назначений в соответствующей медицинской документации и доведении её содержания до Потребителя;

- в случае злоупотребления Потребителем алкогольными и наркотическими веществами; в этом случае одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно при субъективной оценке соответствующего состояния Потребителя специалистом Исполнителя;

6.2.2. по инициативе Потребителя:

- при несоблюдении Исполнителем установленных сроков консультаций, процедур, осмотров.

7. Срок действия договора

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до окончания назначенного курса обследования, лечения. Подтверждением получения Потребителем Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или осмотра или выписка из истории болезни, а также акт оказанных медицинских услуг (Приложение №3)

8. Заключительные положения

8.1. Споры и разногласия решаются путем переговоров, в случае не достижения компромисса - в судебном порядке.

8.2. Для обращения в суд по поводу расторжения или изменения условий настоящего Договора обязательно предъявление Претензий, которая рассматривается другой стороной в течение 10 дней.

8.3. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.3.1. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя. При наличии множественности Потребителей Заказчик обеспечивает предоставление копий экземпляра настоящего Договора, заверенных надлежащим образом, всем Потребителям. В случае отказа Заказчика в предоставлении Потребителю копии договора, последний вправе получить копию Договора у Исполнителя, предварительно подтвердив отказ Заказчика в просьбе о получении копии Договора.

8.4. При изменении реквизитов юридического лица, паспортных данных физического лица – Стороны обязуются информировать об этом друг друга об этих изменениях в период действия настоящего договора.

10. Реквизиты Сторон

Данные Потребителя (Заказчика)	ООО «ДуплексМед»
Ф. _____	Юридический адрес: 435120, Респ. Башкортостан,
И. _____	г.Стерлитамак, пр. Октября, д. 28, пом.1;
О. _____	Телефон 3473/233900; /www.duplexmed.ru/
Дата рождения _____	Адрес осуществления медицинской деятельности:
Паспорт _____	435120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак,
Кем выдан _____,	пр. Октября, д.28, пом.1, пом.2;
дата выдачи _____	435120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак,
Зарегистрирован по адресу _____	ул. Артема, д.103а.
_____	ОГРН: 1100268001492; ОКВЭД: 85.12
_____	ИНН/КПП: 0268054391/026801001
Конт.тел. _____	Директор Абизгильдин Анвар Насимович
_____	Расчетный счет 40702810600000004385
_____	ф-л ОАО «Башкомснаббанк» г.Стерлитамак
Подпись Потребителя (Заказчика)	К/с 30101810800000000842 БИК 048073842
_____ / _____ /	Директор _____ М.П.
_____ / _____ /	Лечащий врач _____
_____ / _____ /	/ _____ /

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «ДуплексМед» в соответствии с:

- лицензией № ЛО-02-01-001263 от 21 октября 2010 г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан. Работы (услуги), выполняемые при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: сестринскому делу; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: офтальмологии. Работы (услуги), выполняемые при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: урологии;
- лицензией № ЛО-02-01-001927 от 10.02.2012г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан. Работы (услуги), выполняемые при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, сестринскому делу; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: анестезиологии и реаниматологии, неврологии, терапии, эндокринологии; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: офтальмологии.

Для Потребителей, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица- Заказчики

С условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору – супруг(-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо, действующее по доверенности (нужное подчеркнуть).

(адрес регистрации, телефон)

Приложение № 1 к договору № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
на оказание платных медицинских услуг

Перечень платных медицинских услуг

Исполнитель: (ООО «ДуплексМед»)

Адрес осуществления медицинской деятельности: 453120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак, пр. Октября, д. 28, пом.1, пом.2; 453120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак, ул.Артема, 103а.

Потребитель (Заказчик): _____

№ п/п	Наименование услуг	Цена по Прейскуранту за ед. услуги, руб.	Количество	Стоимость, руб.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
	ИТОГО:			

Всего на сумму: _____

От Исполнителя:

От Потребителя (Заказчика):

_____ Абизгильдин А.Н.
м.п.

_____ м.п. (для Заказчика)

Приложение № 2 к договору № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.
на оказание платных медицинских услуг

Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие)

На основании ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, я, _____, в рамках настоящего Договора желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ДуплексМед», по адресу: 453120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак, пр. Октября, д. 28, пом.1, пом.2; 453120, Респ. Башкортостан, г. Стерлитамак, ул. Артема, 103а. (нужное подчеркнуть), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО " ДуплексМед " полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других медицинских учреждениях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

3. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.

4. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «ДуплексМед» не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача ООО «ДуплексМед».

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды дополнительных медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО " ДуплексМед " и согласен оплатить:

№ п/п	Наименование услуги	Цена по Прейскуранту за ед. услуги, руб.	Кол-во	Стоимость, руб.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить указанную медицинскую услугу в соответствии с ним.

8. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату наличным расчетом в кассу либо по безналичному перечислению (нужное подчеркнуть) в ООО «ДуплексМед» в сумме _____ руб.

9. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанных платных медицинских услуги ООО «ДуплексМед»

10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

11. Подписывая настоящий договор, я подтверждаю, что все вышеуказанное мной прочитано и понято, все медицинские термины мне понятны, я задал все интересующие меня вопросы относительно предмета договора и получил на них понятные ответы.

Настоящее соглашение подписано пациентом на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Лечащий врач: _____
(Ф.И.О. полностью, подпись)

Потребитель (Заказчик) _____ / _____ /
Дата _____

От Исполнитель: _____ /Абизгильдин А.Н./
М.П.

Приложение № 4 к договору № _____ от «____» _____ 20__ г.
на оказание платных медицинских услуг

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, нижеподписавшийся

_____ (Ф.И.О. полностью),
проживающий по адресу:

_____ (по месту регистрации),

(паспорт серия и номер, выдан, дата, кем), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ДуплексМед»: г.Стерлитамак, пр.Октября, 28, пом.1 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет пять лет – для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной сегодня и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных

_____ / _____ /

Дата _____ 201__ г.

