

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 выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (ЛО41-01170-02/00555888 от 26.10.2015 г. (срок действия – «бессрочно»), выданной *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.
- уведомил Потребителя о том, что игнорирование Потребителем повторных посещений (приемов), рекомендованных Исполнителем (лечащим врачом) приведет к досрочному расторжению настоящего договора.

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

1.4. 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. Исполнитель обязан устранить неотложные состояния, которые потребовали оказания неотложной медицинской помощи, без дополнительной оплаты.
- 2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики и врачебную тайну

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения:
 - периодичности прохождения вторичных осмотров у лечащего врача;
 - 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. Являться на повторные приемы у лечащего врача.
- 2.4.9. Соблюдать внутренний режим медицинской организации.
- 2.5. Потребитель имеет право:
- 2.5.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, 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 _____
- 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. Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору. Подтверждением согласия Потребителя на дополнительные платные медицинские услуги служат платежные документы, выданные Исполнителем Потребителю после оплаты этих услуг.
- 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, когда эта услуга была оказана.

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 несоблюдении Потребителем установленных сроков консультаций, процедур, осмотров.
 - 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 календарного года, в котором был заключен настоящий договор. 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

- при первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
- терапии;
- при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - анестезиологии и реаниматологии;
 - неврологии;
 - офтальмологии;
- эндокринологии.
- **453120, Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, Проспект Октября, д. 28, пом.1** выполняемые работы, оказываемые услуги:
 - Приказ 866н;
 - При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
 - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - сестринскому делу;
 - первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - офтальмологии.
- **453120, Республика Башкортостан, г. Стерлитамак, Проспект Октября, д. 28, пом.2** выполняемые работы, оказываемые услуги:
 - Приказ 866н;
 - При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
 - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
 - урологии.
 -

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*).

(Ф.И.О., паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)

(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.

(для Заказчика)

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 04.10.2012г. № 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, д.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 осознанно 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 _____

Исполнитель: _____ /Абизгильдин А.Н./

М.П.

