

Уведомление для Потребителя

Несоблюдение указаний (рекомендаций) "Исполнителя" (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья "Потребителя" (См. Информированное согласие к Договору возмездного оказания медицинских услуг - Приложение № 1).

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** (фамилия, имя и отчество): **Фамилия Имя Отчество** \_\_\_\_\_

**ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №** \_\_\_\_\_

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «АРТИМЕДА»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **Генерального директора Снегиревой В.А.**, действующей на основании **Устава** с одной стороны, и **Фамилия Имя Отчество**, именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель» / «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о следующем:

**1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА:**

**1.1. Сведения об Исполнителе:**

1.1.1. Наименование **ООО «Артимеда»**, фирменное название **Медицинская клиника «Артимеда»**.

1.1.2. Юридический адрес **119607, г. Москва, ул. Лобачевского, дом 98, корп.3**

1.1.3. Фактический адрес места оказания медицинских услуг: **119192, г. Москва, Мичуринский проспект дом 8, стр.2.**

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: **9157746765134, выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №46 по гор. Москве 17 июня 2015 года № ОГРН 1157746416915.**

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: **Лицензия № ЛО-77-01-01116, дата регистрации 16 октября 2015 г., выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы находящимся по адресу: г. Москва Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00, Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н. Н. Потекаев.**

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: **При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лечебному делу, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, косметологии, мануальной терапии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии ( за исключением кохлеарной имплантации), пластической хирургии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии ( за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и реаниматологии, диетологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), пластической хирургии, сестринскому делу, хирургии, челюстно-лицевой хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (пред рейсовым, после рейсовым): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.**

**1.2. Сведения о Потребителе (если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик, то в п. 1.2.1. Договора вписывается слово «Заказчик»):**

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя):

**Фамилия Имя Отчество**

**Адрес места жительства**

**Контактный номер телефона**

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:**

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

2.2. При заключении Договора Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация 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, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

### **2.3. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ДОГОВОРОМ:**

### **3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ:**

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта (в российских рублях), и составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей.

Окончательная стоимость услуг по настоящему Договору определяется в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.

3.2. Стороны согласны, что оплата конкретной медицинской услуги производится непосредственно в день оказания такой услуги до ее получения, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении сторон.

Заказчик (Потребитель) ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего Договора.

3.3. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в порядке 100 % предоплаты, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.5. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

### **4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензиями на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств - по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам оказания, определяются по соглашению Сторон договора, если федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

4.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг (выписки из медицинских карт).

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Приложения 1.1; 1.2; 1.3 к утвержденным Правилам заполнения медицинской документации в ООО «АРТИМЕДА»).

4.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

### **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА:**

5.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Потребителя) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ

5.4. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. В случаях, предусмотренных п. 5.3. - 5.4. Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий.

#### **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА:**

6.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

6.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия потребителя (заказчика) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

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. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

#### **7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ:**

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует в течение 1 (одного) года.

7.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах, а в п.п. 1.2. и 8.2. Договора вписывается слово «Заказчик». При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) - относятся к одному лицу - к Заказчику.

В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.

7.3. Договор составлен в двух/~~трех~~ (ненужное зачеркнуть) экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.

#### **8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

##### **8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИМЕДА»

Юридический адрес: 119607, г. Москва, ул. Лобачевского, дом 98, корп.3

Фактический адрес: 119192, г. Москва, Мичуринский проспект дом 8, стр.2

ИНН 7729459814, КПП 772901001

ОГРН 1157746416915

Банковские реквизиты:

Расчетный счет р/с 40702810700800000173 в ПАО «Уралсиб» г. Москва

Кор. счет 30101810100000000787, БИК 044525787

Генеральный директор **Снегирева Валентина Александровна**

Генеральный директор ООО «АРТИМЕДА» \_\_\_\_\_

**Снегирева В.А.**

##### **8.2. ПОТРЕБИТЕЛЬ (фамилия, имя и отчество (если имеется): Фамилия Имя Отчество**

Подпись Потребителя: \_\_\_\_\_

##### **8.3. ЗАКАЗЧИК /ПОТРЕБИТЕЛЬ**

**ЗАКАЗЧИК /ПОТРЕБИТЕЛЬ Фамилия Имя Отчество**

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

**ЗАКАЗЧИК /ПОТРЕБИТЕЛЬ \_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество**

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

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Я, Пациент (Потребитель) **Фамилия Имя Отчество**, медицинская карта № \_\_\_\_\_, в рамках Договора возмездного оказания медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в Медицинской клинике **ООО "АРТИМЕДА"**, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

1. Я, получив от лечащего врача клиники (**Фамилия Имя Отчество**) полную информацию о невозможности предоставления мне бесплатных медицинских услуг в данной Клинике в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи по системе ОМС, 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 осознал(а), что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении операции и после нее, 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 вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача.

6. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с ранее упомянутым лечащим врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Клинике:

7. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

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

**ПОТРЕБИТЕЛЬ: Фамилия Имя Отчество**

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Паспортные данные: \_\_\_\_\_

**ПОТРЕБИТЕЛЬ** \_\_\_\_\_ **Фамилия Имя Отчество**