

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № ___ / ___

г. Москва

« ___ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИМЕДА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Снегирева Валентина Александровна, действующей на основании Устава с одной стороны, Сведения об Исполнителе:

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

Юридический адрес 119192, г. Москва, Мичуринский пр-т, д.34

Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: выдан Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №46 по гор. Москве 06 мая 2015 года № ОГРН 1157746416915 . 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-77-01-020804, дата регистрации 03 декабря 2020 г., выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы находящимся по адресу: г. Москва Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00, Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Е.Ю. Хавкина

и **Фамилия Имя Отчество**, именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик»

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

Фамилия Имя Отчество

Адрес регистрации

Контактный телефон

заключили настоящий договор о следующем: _____

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА:

1.1. Исполнитель по заказу Заказчика обязуется обеспечить оказание Заказчику (либо иному лицу, которое указано Заказчиком в качестве Потребителя - пациента) комплекса платных медицинских услуг, в том числе первичной медико-санитарной помощи, амбулаторного лечения, диагностического обследования, лабораторного исследования, стационарного лечения в ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, действующим на момент исполнения настоящего договора.

Потребителем медицинских услуг (пациентом) является **Фамилия Имя Отчество**

В рамках настоящего договора Исполнитель принял обязательства по организации и обеспечению оказания следующего комплекса медицинских услуг.

Конкретный перечень медицинских услуг, оказание которых обеспечивается Исполнителем по настоящему договору:

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики, лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Информировать Потребителя о предполагаемых методах обследования и /или лечения, возможности развития осложнений при предоставлении медицинских услуг. Изменение плана лечения отражать в медицинской документации.

2.1.3. Информировать Заказчика (Потребителя) о возникающих в процессе лечения обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема медицинских услуг.

2.1.4. Обеспечить выполнение медицинских услуг силами собственных специалистов, сотрудников ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ» и кафедр медицинских учреждений, базирующихся в ГБУЗ «ГКБ №31 ДЗМ», иных специалистов и других медицинских организаций.

2.1.5. Оформить медицинскую и иную документацию, предусмотренную законодательством РФ, в целях организации и обеспечения выполнения медицинских услуг Заказчику (Потребителю).

2.1.6. Ознакомить Потребителя под роспись с «Информационным согласием» на медицинскую услугу, которое является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Заказчика (Потребителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае не предоставления, либо не полного предоставления Заказчиком (Потребителем) информации, приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2. Требовать от Заказчика (Потребителя) соблюдения правил внутреннего распорядка и режима медицинского учреждения при оказании медицинских услуг, выполнения медицинских предписаний.

2.2.3. Прервать оказание медицинских услуг, незамедлительно уведомив об этом Заказчика (Потребителя):

- при наличии медицинских противопоказаний, либо заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;

- при неоплате медицинских услуг;

- при нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка и режима медицинского учреждения, не выполнения Потребителем медицинских предписаний.

2.2.4. Получать вознаграждение за оказанные услуги по настоящему договору.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Оплачивать услуги Исполнителя в сроки и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2.3.2. Обеспечить предоставление Потребителем Исполнителю всей необходимой информации, связанной со здоровьем

Потребителя.

2.3.3. Обеспечивать выполнение всех требований медицинского персонала, обеспечивающих безопасность и качественное оказание медицинских услуг, в т.ч. соблюдения внутреннего распорядка и режима медицинского учреждения, явку на лечение (процедуры, исследование) строго в назначенное время, соблюдение правил санитарно-эпидемиологического режима.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получить услуги, предусмотренные настоящим договором, в пользу Потребителя.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего исполнения договора с обязательной оплатой стоимости фактически оказанных услуг по настоящему договору.

2.5. Потребитель имеет право:

2.5.1. Получить услуги, предусмотренные настоящим договором.

2.5.2. Получать информацию о состоянии здоровья, ходе оказания медицинских услуг (обследования, лечения), стоимости медицинских услуг.

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

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего Прейскуранта Исполнителя (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. При подписании настоящего договора Заказчику (Потребителю) Исполнителем 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.

4.2. 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.

4.3. 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. Заказчик (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. Заказчик (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.

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. Заказчик несет ответственность за нарушение условий Договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ
- 5.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

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 Заказчика (Потребителя). Без согласия Заказчика (Потребителя) исполнитель не вправе предоставлять дополнительные 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.
- 7.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), настоящий договор составляется в 2 (двух) экземплярах, при этом все условия настоящего 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), настоящий договор составляется в 3 (трех) экземплярах, по одному экземпляру для каждой из сторон и один для Потребителя.

8. Адреса и реквизиты Сторон:

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «АРТИМЕДА»
Юридический адрес: 119192, г. Москва, Мичуринский проспект дом 34
Фактический адрес: 119192, г. Москва, Мичуринский проспект дом 34
ИНН 7729459814, КПП 772901001
ОГРН 1157746416915
Банковские реквизиты:
Расчетный счет р/с 40702810700800000173 в НАО «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

Потребитель: Фамилия Имя Отчество

Адрес регистрации: _____

Адрес проживания: _____

Контактный телефон: _____

Паспортные данные: _____

Потребитель _____ **Фамилия Имя Отчество**

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

г. Москва

« ___ » _____ 20__ 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, получил (а) полную информацию о невозможности предоставления мне бесплатных медицинских услуг в Медицинской клинике **ООО "АРТИМЕДА"** 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 (а) 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**