

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г.Магнитогорск

2022 г.

карта № _____ именуемый в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ООО "НовоМед", в лице **директора Новиковой Светланы Валерьевны**, действующего на основании Устава с другой стороны, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги (далее "Прейскурант"), в объеме, предусмотренном картой пациента, а Пациент обязуется их оплатить.

Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии № ЛО-74-01-005342 от 09.12.2019 г. выданы Министерством здравоохранения Челябинской области, 454000, г.Челябинск, ул.Кирова, д.165, тел.: (351) 263-52-62 и свидетельства о внесении Исполнителя в ЕГРЮЛ №006379363 от 29.03.2016г., выдано ИФНС №17 по Челябинской области.

Заключая настоящий договор, Пациент проинформирован о том, что он имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ, бесплатной медицинской помощи.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить Пациенту оказание медицинской помощи надлежащего качества в соответствии с принятыми технологиями, утвержденными МЗ РФ и объективным состоянием здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги, в течении срока действия настоящего договора.

2.1.2. Вести медицинскую документацию в соответствии с утвержденными формами.

2.1.3. Информировать Пациента об обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и стоимости оказываемых услуг, а также о возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения фиксировать в амбулаторной карте и согласовывать с Пациентом.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. По личной просьбе Пациента или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача для продолжения лечения Пациента.

2.2.2. Отказаться от проведения лечения:

- если требования Пациента не соответствуют требованиям технологий и могут вызвать нежелательные последствия;
- при наличии противопоказаний;
- при невыполнении Пациентом письменных рекомендаций врача, что может привести к неблагоприятному исходу лечения;
- при нарушении Пациентом обязанностей, указанных в настоящем Договоре.

2.2.3. Произвести удержание части суммы уплаченной Пациентом за услугу в случае отказа последнего от услуги по причинам не связанным с деятельностью ООО "НовоМед", и после того как Исполнитель фактически приступил к оказанию услуги.

2.2.4. Изменить предварительный план лечения в связи с непредвиденными обстоятельствами, возникшими в процессе лечения и независимыми от Исполнителя.

2.2.5. В одностороннем порядке расторгнуть договор в связи с изменениями законодательства РФ, нормативно-правовых актов.

2.2.6. В случае несоблюдения Пациентом графика и (или) режима лечения и прохождения процедур, определенных Исполнителем, последний оставляет за собой право изменить порядок оказания медицинских услуг.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу о состоянии своего здоровья: перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, применяемых лекарственных препаратах, извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения.

2.3.2. Выполнять все требования и рекомендации лечащего врача.

2.3.3. Являться на прием в установленное время. При возникновении разногласий с Исполнителем руководствоваться Положением о порядке рассмотрения обращений граждан утв. Директором ООО «НовоМед».

2.3.4. Заранее извещать регистратуру о невозможности явки на прием.

2.3.5. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии и по ценам действующего Прейскуранта.

2.3.6. Соблюдать Правила внутреннего распорядка и санитарно-эпидемиологического режима.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и лечения, стоимости медицинских услуг.

2.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения при условии обязательной оплаты выполненных услуг.

2.4.3. Получать социальные налоговые вычеты в сумме, уплаченной в налоговом периоде за услуги по лечению, предоставленные ему Исполнителем.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- в случае отказа Заказчика от услуги при условии, если услуга им уже оплачена;
- в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, приведших к невозможности оказания услуги Исполнителем.

3.5. В случае отказа Пациента от услуги по причинам не связанным с деятельностью ООО "НовоМед", и после того как Исполнитель фактически приступил к оказанию услуги - возврат уплаченных Пациентом денежных средств производится частично, с удержанием штрафа, в размере 50% от суммы установленной Прейскурантом по данной услуге.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Пациента на момент обращения.

4.2. Исполнитель не несет ответственность в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших изменениях в состоянии здоровья и т.п.);

- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента.

4.3. Пациент несет ответственность:

- за достоверность и полноту предоставления информации о себе;

- за выполнение требований и рекомендаций врача;

- за своевременность оплаты медицинских услуг;

- С 30.09.20г в связи со сложившейся ситуацией по COVID, Пациентам, прошедшим исследование «МСКТ грудной клетки при подозрении на COVID», выдаётся протокол заключения на бумажном носителе! Запись на диске выдаётся ТОЛЬКО ПАЦИЕНТАМ С 50% объемом поражения лёгочной ткани и выше в целях госпитализации.

4.4. Пациент несет ответственность за неблагоприятные последствия (в том числе ухудшение состояния здоровья), вызванные отказом выполнять все или часть требований и рекомендаций врача, несвоевременным сообщением о возникших изменениях в состоянии здоровья ит.п.

4.5. В случае неуплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании услуги до оплаты последним ее стоимости.

4.6. В случае неявки пациента к назначенному времени, Исполнитель имеет право удержать произведённую пациентом предварительную оплату, в размере 100%. В случае оповещения Пациентом – Исполнителя, за сутки до назначенного времени, о невозможности своевременной явки, то запись переносится на другую дату, без дополнительных удержаний.

4.7. Исполнитель выдает пациентам медицинскую документацию по результатам оказания медицинских услуг на руки в следующем порядке: МРТ, КТ, Рентген, Маммография - протокол на бумажном носителе и диск.(пленка предоставляется за отдельную оплату).Консультации врачей, результаты анализов, ЭКГ, ЭЭГ - на бумажном носителе.

4.8. Стороны освобождаются от ответственности в случае наступления форс-мажорных обстоятельств - обстоятельств, возникших

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

Любой спор, разногласия или претензии, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов, связанных с его нарушением, применением, исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, подлежат рассмотрению в суде в соответствии с установленной подсудностью. При этом обязателен претензионный порядок разрешения спора.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до исполнения сторонами принятых обязательств.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для Пациента и Исполнителя. Договор может быть изменен либо расторгнут по основаниям предусмотренным действующим законодательством.

7.2. Стороны пришли к соглашению, что все последующие документы, вытекающие из настоящего договора, могут быть подписаны от имени ООО «НОВОМЕД» с использованием факсимиле – директора Новиковой С.В., либо иных врачей, специалистов.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО "НовоМед"

ИНН: 7456031135, КПП: 745601001

ОГРН: 1167456070671

Юр. адрес: 455000, г. Магнитогорск, ул. Труда д. 36

Р/с: 40702810138070001717

К/с: 30101810100000000964

Филиал «Екатеринбургский» АО «АЛЬФА- БАНК»

БИК: 046577964

Пациент:

Дата рождения:

Паспорт: серия номер выдан

Прописан по адресу:

Контактный телефон:

Представитель исполнителя по доверенности
(Доверенность №2, от 10.08.2021)

Подпись _____

АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

Мы, гражданин _____ именуемый в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ООО "НовоМед", в лице **директора Новиковой Светланы Валерьевны**, действующего на основании Устава с другой стороны, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", подписали настоящий Акт оказанных услуг. Пациент принял и удостоверяет, что услуги, предусмотренные настоящим договором оказаны качественно и в срок. Обязательства Исполнителем выполнены в полном объеме.

Исполнитель: _____ **Заказчик:** _____

№ ТЕЛЕФОНА

Я хочу получать информацию об услугах ООО "НовоМед" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона.

Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

**Информированное добровольное
согласие на медицинское вмешательство**

Я, _____, _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Обществе с ограниченной ответственностью «НовоМед»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

№ телефона

Я хочу получать информацию об услугах ООО "НовоМед" в виде смс-сообщений на указанный выше номер сотового телефона.

Желаю получить электронный чек на почтовый ящик: _____

Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю, что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

2022 г.