ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Мурманск «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| Общество с ограниченной ответственностью «Аргост» Директор: Рубан Сергей Владимирович  Адрес места нахождения:  183008, г. Мурманск, пр. Кольский, д. 33  ГРН 1085190010432, дата внесения в ЕГРЮЛ: 12.08.2008 года Зарегистрирован: Управление Федеральной налоговой службы по Мурманской области, г. Мурманск, ул. Комсомольская, д. 4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01163-51/00360028 выдана управлением по контролю качества медицинской помощи и лицензированию отдельных видов деятельности Мурманской области 31.10.2008 года, Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Мурманской области, 183032 г. Мурманск пр. Кольский, д. 1, тел. 8(8152) 486-100  **Наименование услуг, оказываемое клиенту:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Стоимость: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Фамилия, имя, отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить указанные медицинские услуги (далее – «услуги») согласно «Прейскуранту платных медицинских услуг», действующему на момент оказания услуг.

1.2. «Прейскурант медицинских услуг» является официально утвержденным документом Исполнителя и предусматривает конкретный перечень услуг, стоимость услуг и находится на информационных стендах Исполнителя в месте, доступном для ознакомления с ним Пациента.

1.3. Услуги оказываются по месту нахождения Исполнителя: г. Мурманск, пр. Кольский, д. 33

1.4. Подписание настоящего Договора Пациентом свидетельствует о получении Пациентом полной информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, наличии заболевания, диагнозе, методе лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, о результатах лечения, диагностики.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных услугах, содержащей сведения: о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; режиме работы; о методах оказания медицинской услуги связанной с ней рисками возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинской услуги, иной информацией и сведениями в соответствии с действующим российским законодательством по направлению.

2.1.2. Оказывать Пациенту медицинскую услугу по Договору, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с требованиями и стандартами, установленными на территории Российской Федерации, дополнительные немедицинские услуги (по желанию Пациента и возможности Исполнителя по письменному соглашению Сторон).

2.1.3. Соблюдать установленные законом Российской Федерации порядки оказания медицинской помощи.

**2.2. Пациент обязан:**

2.2.1. Соблюдать режим работы отделений Исполнителя, внутренний режим нахождения в медицинской организации, которые доводятся до сведения Пациента в месте, доступном для ознакомления с ними.

2.2.2. По запросу Исполнителя предоставить документы для своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя по Договору в порядке, сроки и на условиях, установленные Договором.

2.2.4. Сообщить уполномоченному медицинскому работнику сведения о заболеваниях, противопоказаний к приему каких-либо лекарств или процедур, известных ему аллергических реакциях, информацию, влияющую на протекание или лечение, сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Исполнителя, в том числе на период после оказания медицинских услуг.

**2.3. Исполнитель имеет право:**

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по Договору.

2.3.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

**2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя медицинские услуги по Договору.

2.5. Пациент подтверждает, что был уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, на качестве медицинских услуг.

2.6. При первом обращении к Исполнителю за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости Пациент дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Расчет за медицинские услуги производится непосредственно после подписания Договора в порядке 100% предоплаты в наличной или безналичной форме в российских рублях.

**4. Порядок, условия и сроки оказания услуг**

4.1. Перечень услуг, которые надлежит оказать Исполнителю, определяется Пациентом (Законным представителем) самостоятельно в соответствии с «Прейскурантом платных медицинских услуг».

4.2. Сроки оказания медицинских услуг предусмотрены действующим на момент заключения Договора и заказа услуг «Прейскурантом платных медицинских услуг» и отражаются в заявках (справках).

**5. Конфиденциальность**

5.1. Информация о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну.

5.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, может предоставляться Исполнителем без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Непосредственно до оказания медицинских услуг Пациент подписывает Согласие на обработку персональных данных.

**6. Ответственность Сторон и порядок разрешения споров**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору.

6.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в установленном законом РФ порядке.

**7. Дополнительные положения**

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует бессрочно.

7.2. Договор может быть расторгнут в любом момент по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть совершены в письменной форме в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

**Подписи сторон:**

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Врача подпись

**Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО Пациента подпись