|  |
| --- |
| **ДОГОВОР №**  |
| **на оказание платных медицинских услуг** |
|  |
| *г. Москва* | *" " 2019 г.* |
| Общество с ограниченной ответственностью «СИЛА ЖИЗНИ» Лицензия № ЛО-77-01-016148 от 21.06.2016 г., (Департаментом здравоохранения г. Москвы, находящегося по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00), в лице Генерального директора Эделевой Елены Валерьевны, действующего на основании , именуемое в дальнейшем "Исполнитель" с одной стороны, и гражданин(ка) , документ удостоверяющий личность , проживающий(ая) по адресу , именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем: |
| **ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ** |

|  |
| --- |
| **Платные медицинские услуги -** |
|  | медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования. |

|  |
| --- |
| **Заказчик -** |
|  | физическое лицо, приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента. |
| **Пациент -** |
|  | физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". |
| **Исполнитель -** |
|  | медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям (Пациентам). |
| **Заказчик (пациент) -** |
|  | физическое лицо, приобретающее платные медицинские услуги по настоящему Договору в свою пользу, имеющее намерение получить медицинские услуги лично в соответствии с Договором. |
| **Специалист -** |
|  | медицинский работник оказывающий медицинские услуги. |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** |
| 1.1 Исполнитель обязуется оказывать согласованные с Заказчиком (Пациентом) медицинские услуги в соответствии с выданной Исполнителю лицензией на медицинскую деятельность, а Заказчик (Пациент) их оплачивать. |
| 1.2. Исполнитель обязуется оказывать услуги в день обращения при наличии в клинике специалиста, либо по предварительной записи в назначенное время. Срок оказания услуг на комплексное лечение согласно поставленному диагнозу устанавливается на основании согласованного финансового плана лечения (далее по тексту – «план лечения») и (или) дополнительного соглашения, что является неотъемлемой частью настоящего договора и зависит от объективного состояния здоровья Пациента. |
| 1.3. Заказчик (Пациент) оплачивает оказанные услуги в полном объеме в порядке и сроки, предусмотренные настоящим Договором в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя. |
| 1.4. Подписывая настоящий договор на оказание платных медицинских услуг, соглашаясь с его условиями Заказчик (Пациент) уведомлен, что граждане вправе получить соответствующие виды и объемы медицинских услуг без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. |
| **2. ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ:** |
| 2.1. Оказывать медицинские услуги в объеме и в сроки, предусмотренные планом лечения и (или) дополнительным соглашением к настоящему договору согласованные Сторонами, в соответствии с действующими на территории Российской Федерации стандартами и порядками, профессиональной квалификации и критериями качества медицинской помощи. |
| 2.2. С письменного согласия Заказчика (Пациента) проводить клинические обследования и, на основании установленного диагноза, составить рекомендуемый План лечения. |
| 2.3. Предоставлять Заказчику (Пациенту) информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанными с ними рисками, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, информацию об используемых медицинских препаратах и изделиях, информацию о профессиональном образовании и квалификации медицинских работников. |
| 2.4. Назначать специалиста, соответствующей специализации для проведения лечения, в соответствии с медицинскими показаниями. В случае непредвиденного отсутствия специалиста, который должен осуществлять прием в назначенный день, Исполнитель вправе с согласия Заказчика (Пациента) назначить другого специалиста для проведения лечения. |
| 2.5 Незамедлительно извещать Заказчика (Пациента) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. |
| 2.6. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента. |
| **3. ПРАВА ИСПОЛНИТЕЛЯ:** |
| 3.1. Самостоятельно определять характер, объем, последовательность обследования, профилактики и лечения, руководствуясь законодательством РФ, технологическими протоколами и медицинскими стандартами, условиями Договора и действующими в организации Исполнителя условиями, с которыми Заказчик (Пациент) ознакомлен до подписания настоящего Договора. |
| 3.2. Отказать в оказании услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического, наркотического опьянения при наличии противопоказаний к лечению, за исключением в случаях, угрожающих его жизни и здоровью. |
| 3.3. Привлекать другие медицинские организации для оказания медицинских услуг. |
| **4. ОБЯЗАННОСТИ ЗАКАЗЧИКА, ПАЦИЕНТА, ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА):** |
| 4.1. До подписания настоящего Договора, ознакомиться с информацией. непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Положением о гарантийных обязательствах, действующим Прейскурантом на медицинские услуги. |
| 4.2. Обеспечить выполнение всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций Исполнителя. Следовать рекомендациям специалиста, согласованному плану лечения, являться на прием в назначенное время и сроки. |
| 4.3. Уважительно относится к сотрудникам Исполнителя и соблюдать принятые правила оказания услуг в медицинской организации Исполнителя. |
| 4.4. Оплачивать оказанные ему услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора. |
| 4.5. Знакомиться и подписывать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, уведомление о последствиях лечения и рекомендациях. |
| **5. ПРАВА ЗАКАЗЧИКА, ПАЦИЕНТА, ЗАКАЗЧИКА (ПАЦИЕНТА):** |
| 5.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах. |
| 5.2. Получать информацию о состоянии своего здоровья, об объеме стоимости и результатах оказанных медицинских услуг. |
| 5.3. Выбрать специалиста (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), оказывающего необходимые медицинские услуги. |
| 5.4. В любое время отказаться от лечения расторгнув договор, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов. |
| 5.5. Пользоваться всеми правами, предоставленными ему действующим законодательством Российской Федерации. |
| **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** |
| 6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации. |
| 6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. |
| Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком (Пациентом) неполной информации о здоровье Пациента либо вызванных медицинскими показаниями, а также в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором. |
| 6.3. В случае если Исполнитель оказал услуги полностью, а Заказчик не исполнил свои обязательства по оплате услуг, Исполнитель вправе взыскать неустойку в размере 0,3 % от суммы задолженности. |
| 6.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли предвидеть или предотвратить. |
| **7. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** |
| 7.1. Перечень предоставления медицинских услуг и их стоимость, определяется согласованным планом лечения, в соответствии с действующим прейскурантом, квитанцией. Окончательная стоимость оказанных услуг указывается в Акте об оказании медицинских услуг. |
| 7.2.Оплата медицинских услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или в безналичном порядке, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в день оказания медицинских услуг или в срок, согласованный Сторонами в плане лечения и (или) дополнительном соглашение. |
| 7.3. В случае невозможности исполнения услуг в связи с форс-мажорными обстоятельствами, возникшими помимо воли и желания Сторон и которые нельзя предвидеть или избежать, Заказчик и /или Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы. |
| 7.4. Заказчик и /или Пациент обязан полностью возместить Исполнителю фактические понесённые убытки, если Исполнитель не смог оказать согласованные медицинские услуги или был вынужден прекратить их оказание по вине Заказчика и /или Пациента. |
| 7.5. Стоимость ортопедических, ортодонтических конструкций и иных дорогостоящих материалов, и изделий может быть оплачена частями. Размер взноса и сроки оплаты определяются дополнительным соглашением к настоящему договору и (или) планом лечения. |
| 7.6. При поломке или утрате ортопедической конструкции, ортодонтического аппарата (пластинки), несъемной техники (брекетов, дуг и др.) по вине Пациента, оплата за изготовление и фиксацию нового аппарата производится за счет Заказчик и /или Пациент в соответствие с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуг. |
| 7.7. Льготная система оплаты услуг применяется в индивидуальном порядке, по соглашению сторон или в соответствии с действующей системой скидок и акций на момент оказания услуг. |
| 7.8. В случае внесения Заказчиком и /или Пациентом 100% аванса и одностороннего отказа Заказчика и /или Пациента от продолжения лечения, Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные услуги, за исключением фактически понесённых им расходов. |
| 7.9. Согласованные дополнительные услуги оплачиваются на основании подписанного Сторонами Акта выполненных работ в день оказания таких услуг. |
| 7.10. Стороны пришли к соглашению, что в случае внесения Заказчиком и /или Пациента в кассу или на расчетный счет аванса по настоящему Договору проценты за пользование денежными средствами, предусмотренные статьей 317.1 Гражданского кодекса Российской Федерации, не начисляются и не подлежат уплате Заказчику и /или Пациенту. |
| **8. ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА** |
| 8.1. Гарантийные сроки устанавливаются Исполнителем в соответствии с Положением о гарантийных обязательствах. Гарантийные обязательства соблюдаются Исполнителем при выполнении Пациентом условий настоящего Договора. |
| 8.2. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. |
| 8.3. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков, установленных в Положении о гарантийных обязательствах. |
| **9. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ** |
| 9.1. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, обязана направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее не позднее 10 календарных дней с момента ее получения. |
| 9.2. В случае возникновения разногласий между Сторонами по вопросу качества оказанных услуг, первичное рассмотрение претензии проводится Врачебной комиссией Исполнителя, согласно действующему законодательству. |
| 9.3. При невозможности достигнуть согласия Сторон, спор передается на рассмотрение в суд общей юрисдикции. |
| **10. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА** |
| 10.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует один год. В случае если одна из сторон не изъявила желание расторгнуть договор, срок договора продлевается на следующий календарных год. Количество пролонгаций не ограничено. |
| 10.2. Прекращение и расторжение договора возможно по основаниям, предусмотренным законодательством РФ. |
| 10.3. Расторжение настоящего Договора производится путем направления одной Стороной другой Стороне письменного уведомления о расторжении договора за 10 календарных дней до даты расторжения. |
| 10.4. Условия настоящего договора могут быть изменены путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору. |
| **11. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** |
| 11.1. Настоящий договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон настоящего Договора, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами. |
| 11.2. Медицинская карта Пациента существует в единственном экземпляре и хранится у Исполнителя. Выдача выписок из медицинской карты, предоставление копий медицинских документов, осуществляется Исполнителем по письменному заявлению Пациента или его законного представителя, или иному доверенному лицу, при предъявлении документа, удостоверяющего личность, в порядке, установленном действующим Российским законодательством. |
| 11.3. В целях обеспечения ведения персонифицированного учета при оказании медицинских услуг и в соответствии с требованиями ст.9 ФЗ № 152 от 27.07.2006 г. «О персональных данных», Заказчик и /или Пациент даёт свое согласие осуществлять необходимые действия со своими персональными данными, предусмотренные законом. |
| 11.4. Заказчик и /или Пациент дает свое СОГЛАСИЕ/ НЕ СОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя о ежегодном профосмотре, напоминание о назначенном времени приема, о спецпредложениях в клинике. |
| 11.5. Заказчик и /или Пациент уведомлен и согласен на осуществление Исполнителем видеонаблюдения в процессе предоставления платных медицинских услуг с целью соблюдения прав Пациента. В свою очередь, Заказчик и /или Пациент вправе требовать не производить видеонаблюдение в процессе оказания медицинских услуг. |
| 11.6. В целях повышения качества стоматологических услуг и определения патологий для дальнейшей диагностики и планирования лечения Заказчик и /или Пациент дает свое СОГЛАСИЕ / НЕ СОГЛАСИЕ на дентальное фотографирование в случае оказания стоматологических услуг. Данный пункт подлежит применению при оказании Заказчиком стоматологической медицинской помощи и наличии у Заказчика соответствующей лицензии на осуществление медицинской деятельности. |
| 11.7. Лица, которым можно сообщать информацию о состоянии здоровья Пациента и факте оказания медицинской помощи, а так же сведения, полученные при обращении к специалисту в ходе обследования и лечения: |
| 11.8. Все дополнительные соглашения, приложения составляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего договора. |
| **12. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **Общество с ограниченной ответственностью «СИЛА ЖИЗНИ»** |
| ОГРН и кем выдан | 5157746178882 выдан МИФНС №46 по г.Москве |
| ИНН/КПП | 9715234557/771501001 |
| Фактическийц адрес: | 127566, г. Москва, Северный бульвар, д. 7Г, стр.2 |
| Юридический адрес: | 127566, г. Москва, Северный бульвар, д. 7Г, стр.2 |
| р/с | 40702810038000090995 в ПАО СБЕРБАНК |
| к/с | 30101810400000000225 |
| БИК | 044525225 |
| **Генеральный директор** | **Эделева Елена Валерьевна** |
| **Пациент: ФИО** |  |
| Адрес места жительства: | Москва г |
| Контакты: | Тел: |
| Эл. почта: |
| **Подпись Пациента:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |