

Я, $\{\text{ФИО}\}$, в доступной форме до заключения договора проинформирован(а), о том что: несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

_____ (подпись)

**ДОГОВОР № {номер карточки пациента}
на оказание платных медицинских услуг**

г. Тула

$\{\text{DATA}\}$

Общество с ограниченной ответственностью «АЛЬФСКРИН» (ООО «АЛЬФСКРИН» ОГРН _____, ИНН: _____) адрес места нахождения юридического лица и места осуществления _____ медицинской _____ деятельности:

_____, лицензия на осуществление медицинской деятельности _____, срок действия:

бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Тульской области, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); рентгенологии; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); детской эндокринологии; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); рентгенологии; сурдологии-оториноларингологии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, в лице генерального директора _____, действующей

на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и

Пациент $\{\text{FIO_CLIENT}\}$,

проживающий по адресу $\{\text{ADDRESS}\}$,

документ, удостоверяющий личность: $\{\text{PASSPORT}\}$,

телефон: $\{\text{PHONE_CLIENT}\}$, именуемый в дальнейшем **Потребитель,**

в лице Законного представителя гражданин РФ $\{\text{ФИО ЗП}\}$,

проживающий по адресу $\{\text{ADDRESS ЗП}\}$,

документ, удостоверяющий личность: $\{\text{PASSPORT ЗП}\}$,

телефон: $\{\text{PHONE_ЗП}\}$, именуемый в дальнейшем **Заказчик,**

_____ заполняется для несовершеннолетних и недееспособных пациентов

совместно именуемые Стороны:

1. Заключают настоящий договор на оказание платных медицинских услуг, согласно перечню платных медицинских услуг (приложения), отвечающему требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных в РФ.

1.1. При заключении договора Исполнителем Потребителю (Заказчику) в доступной форме была предоставлена информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы ОМС;
- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

1.2. Исполнитель уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2. Сумма договора указывается в перечне платных медицинских услуг (приложения).

3. Исполнитель обязуется:

3.1. Качественно выполнить услуги, указанные в перечне платных медицинских услуг (Приложение), в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.

3.2. Срок оказания услуги – указывается в приложении.

3.3. Срок ожидания услуги: планоно, согласно предварительной записи.

4. Заказчик (Потребитель) обязуется:

4.1. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в соответствии с действующим на момент оказания услуг прейскурантом по цене, указанной в настоящем договоре. Оплата производится в день оказания медицинской услуги, согласно приложениям, путем внесения денежных средств в соответствии с действующим законодательством.

4.2. Выполнять рекомендации и требования медицинского работника, обеспечивающие качественное оказание медицинской услуги.

5. Потребитель (Заказчик) вправе после исполнения договора получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения услуг по договору, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы согласно требованиям действующего законодательства РФ.

6. Сроки гарантийных обязательств и службы на виды услуг, оказанные по настоящему договору, ввиду их специфики установить не представляется возможным в особых случаях сроки гарантийный обязательств указываются в перечне платных медицинских услуг (приложение).

7. Особые условия и рекомендации: Потребитель (Заказчик) предупрежден о возможных осложнениях при оказании медицинской помощи.

8. В соответствии с законодательством РФ Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

9. Стороны несут ответственность за невыполнение условий договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

10. Стороны пришли к соглашению о том, что при заключении настоящего договора допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи) исполнителя, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего договор лица.

11. Претензии и споры, возникающие между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем разрешаются по соглашению сторон или в соответствии с законодательством РФ.

12. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых обязательств. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по взаимному соглашению сторон или в одностороннем порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

Исполнитель

Заказчик

Генеральный директор

_____ / _____

_____ / \${ФИО ЗП}

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Тула

{ТекущаяДатаПолная}

№ п/п	Наименование услуги	Гарантия	Цена	Кол-во	Стоимость услуги, рублей
Итого:					

Услуга (-и) оказываются в день подписания настоящего Приложения или _____ дней.

Медицинский работник, оказывающий услугу: **#{ФИО ВРАЧА}**

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

Исполнитель

ООО «АЛЬФСКРИН»

Генеральный директор:

_____/_____
подпись / ФИО

Потребитель (Заказчик)

#{ФИО}

_____/_____
подпись /#{ФИО}/ ФИО

АКТ

сдачи-приемки медицинских услуг

г. Тула

{ТекущаяДатаПолная}

ООО «АЛЬФСКРИН», в лице генерального директора _____, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель** с одной стороны, и **Пациент** **#{ФИО}**, именуемый в дальнейшем **Потребитель / Заказчик**, совместно именуемые Стороны заключили настоящий Акт о нижеследующем:

Вышеперечисленные услуги (**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**) оказаны полностью и в срок. Потребитель (Заказчик) претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель

ООО «АЛЬФСКРИН»

Генеральный директор:

_____/_____
подпись / ФИО

Потребитель (Заказчик)

#{ФИО}

_____/_____
подпись /#{ФИО}/ ФИО

