|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Договор возмездного оказания медицинских услуг №** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| г. Нижний Новгород | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Общество с ограниченной ответственностью «Эндоскопическая диагностика желудка и толстой кишки», в лице Генерального директора Митракова Александра Анатольевича, действующего на основании Устава, в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности, в дальнейшем именуемое «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны и гражданина(ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , именуемый (-ой) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.** | Предметом настоящего договора является оказание ИСПОЛНИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТУ медицинских услуг согласно Лицензии № ЛО-041-011164-52/00331409 от 19.04.2019 г МЗ РМЭ и Прейскуранта: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: анестезиологии и реаниматологии; сестринскому делу;* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *2) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эндоскопии.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.2.** | Подписывая данный Договор, ПАЦИЕНТ соглашается со 100% предоплатой предоставляемых медицинских услуг. ПАЦИЕНТ оплачивает оказанную услугу (или часть услуги) в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ по Прейскуранту сразу после исполнения услуг или ее части, отраженной в Прейскуранте. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН И УСЛОВИЯ ИХ РЕАЛИЗАЦИИ.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1.1.** | Оказывать медицинские услуги в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом и зафиксированным в медицинской карте ПАЦИЕНТА, с применением имеющихся инструментов, оборудования и их обработки. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1.2.** | Ознакомить Пациента с порядком и планом оказания медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1.3.** | Предоставить пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1.4.** | Поставить в известность Пациента о возникающих обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении и отразить в медицинской карте ПАЦИЕНТА. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1.5.** | Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с ПАЦИЕНТОМ, а также врачебную тайну. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.1.** | Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией лечения, методом обследования, подбором медикаментов и проведением других диагностических мероприятий, которые ИСПОЛНИТЕЛЬ сочтет нужным для планирования и осуществления лечения ПАЦИЕНТА. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.2.** | Передавать информацию об объеме и стоимости лечения третьим лицам по требованию последних, в случае, если оплата этого лечения осуществляется ими. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.3.** | Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры, в случае обнаружения у ПАЦИЕНТА противопоказаний. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.4.** | При изменении клинической ситуации изменить с согласия ПАЦИЕНТА план или (и) сроки лечения, а в случае несогласия ПАЦИЕНТА с предложенными изменениями прервать обследование либо лечение и расторгнуть договор. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.5.** | Требовать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного лечения | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.6.** | Отказать в приеме (или переназначить) ПАЦИЕНТА (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае: - состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения; - если действия ПАЦИЕНТА угрожают жизни и здоровью персонала; - требования услуг, которые не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте. - опоздания на прием более 15 минут - при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежавшими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов; - по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2.7.** | Отказать ПАЦИЕНТУ в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, с указанием место жительства и паспортных данных. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.1.** | Следовать выбранному им же плану лечения, срокам этапов лечения, срокам обращения в клинику по поводу отклонений от прогнозируемого хода (развития) событий, срокам обращения на профилактические и контрольные обследования и осмотры. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.2.** | ПАЦИЕНТ должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам ИСПОЛНИТЕЛЯ о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения, касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.3.** | Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить ИСПОЛНИТЕЛЯ о невозможности явки на прием. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.4.** | Строго соблюдать и выполнять установленные врачом профилактические и лечебные мероприятия. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.5.** | Немедленно известить врача о любых осложнениях или иных отклонениях, возникших в процессе лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.6.** | Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором, планом лечения, врачебными рекомендациями, сроками и стоимостью работы. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.7.** | Своевременно выплатить стоимость предоставляемых услуг в соответствии с действующим прейскурантом. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.8.** | Принять на себя ответственность за результаты услуги, оказанной по настоянию самого ПАЦИЕНТА без гарантии качества со стороны врача. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.3.9.** | Ознакомиться и подписать информированные согласия на медицинское вмешательство; | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4. Права ПАЦИЕНТА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4.1.** | Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы ИСПОЛНИТЕЛЯ и с учетом занятости времени персонала другими пациентами. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4.2.** | Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ не позднее, чем за 24 часа до назначенного времени. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.4.3.** | Требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ предъявления лицензий, прейскуранта, сведений с квалификации и сертификации специалистов. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1.** | Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на оказываемые услуги, либо их части. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.2.** | ИСПОЛНИТЕЛЬ информирует ПАЦИЕНТА о стоимости работ до ее начала. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.3.** | Оплата оказываемых медицинских услуг определяется на основании Прейскуранта и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.4.** | Оплата за предоставленные медицинские услуги осуществляется путем наличных или безналичных расчетов. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4.1.** | Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. ПРЕКРАЩЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.1.** | Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора ИСПОЛНИТЕЛЕМ. При этом ПАЦИЕНТ делает отметку в амбулаторной карте, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств ИСПОЛНИТЕЛЕМ. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.2.** | ПАЦИЕНТ имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением ИСПОЛНИТЕЛЯ в любое время, оплатив ИСПОЛНИТЕЛЮ по прейскуранту фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.3.** | Если ПАЦИЕНТ не выполняет рекомендаций медицинского учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение ПАЦИЕНТА следовать рекомендациям, связанным с лечебным процессом, и режиму лечебного учреждения ИСПОЛНИТЕЛЯ равносилен одностороннему расторжению договора. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.4.** | Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.5.** | Неоплата услуги (или ее части, отраженной в прейскуранте) расценивается сторонами как одностороннее расторжение договора. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5.6.** | Возобновление расторгнутого договора не производится. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6.1.** | В соответствии с требованиями ст.,ст. 23,24 Конституции РФ, ст.9 ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных « 152-ФЗ, в целях оказания медицинских услуг» ПАЦИЕНТ согласен на возможное использование ИСПОЛНИТЕЛЕМ или его сотрудниками персональных данных, полученных при обследовании и лечении ПАЦИЕНТА, в том числе - слайдов, фотографий, и т.д., для тиражирования, использования в учебных, научных целях, в публикациях, на научных обществах и т.д., при условии: неразглашения личных данных (Ф.И.О., дата рождения, место проживания). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.1.** | ПАЦИЕНТ должен осознавать, что при работе ИСПОЛНИТЕЛЯ с ним, возможно выявление дополнительных патологий, что может повлечь изменения в плане лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны ПАЦИЕНТА. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.2.** | Ни одна сторона не вправе передавать свои права по настоящему договору третьей стороне без письменного согласия другой стороны. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.3.** | Любые изменения и дополнения к Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7.4.** | По письменному заявлению ПАЦИЕНТА ИСПОЛНИТЕЛЬ предоставляет ему копию медицинской документации или выписку о проведенном лечении. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.1.** | ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность за соблюдение норм использования медицинского оборудования и ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.2.** | В случае возникновения непредвиденных обстоятельств, не предусмотренных договором, стороны обсуждают их и принимают совместное решение. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.3.** | ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности перед ПАЦИЕНТОМ в случае: -возникновения у ПАЦИЕНТА в процессе лечения или после его окончания проблем сугубо биологического характера, не связанных с нарушением ИСПОЛНИТЕЛЕМ лечебных технологий; -осложнений по причине неявки ПАЦИЕНТА в указанный срок; -возникновения аллергических реакций у ПАЦИЕНТА, не отмечавшего ранее проявления аллергии; -за работу, выполненную в другом лечебном учреждении. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.4.** | Договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.1.** | В случае возникновения разногласий между ИСПОЛНИТЕЛЕМ и ПАЦИЕНТОМ по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8.2.** | В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ** | | | | | | | | | **ПАЦИЕНТ** | | | | | | | | |
| Общество с ограниченной ответственностью «Эндоскопическая диагностика желудка и толстой кишки»  Юридический адрес: 603000, Нижегородская область, г.Нижний Новгород, ул. 3-я Ямская, дом 30, помещение П13.  Фактический адрес: 603000, Нижегородская область, г.Нижний Новгород, ул. 3-я Ямская, дом 30, помещение П13  ОГРН 1195275000502  ИНН 5260460383 КПП 526001001 | | | | | | | | | Ф.И.О.  Адрес: Контактный телефон: Паспорт: | | | | | | | | |
| Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( А.А. Митраков) | | | | | | | | | ПАЦИЕНТ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (подпись) (Ф.И.О.) | | | | | | | | |
|  | **М.П.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |