Договор № \_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг

г.Выкса «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

﻿ Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр « Семья и здоровье» (ООО «ЛДЦ «Семья и здоровье»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Ильиной Анастасии Родионовны, действующей на основании доверенности №8 от 18.10.2023г., лицензия на оказание медицинских услуг № Л041-01164-52/00370041 от 06.11.2019г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование организации, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

должность, Фамилия Имя Отчество (при наличии), действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ данные документа, подтверждающего полномочия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ОГРН\_\_\_,ИНН\_\_\_, расположен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заключили договор о нижеследующем:

# 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель оказывает медицинскую помощь работникам и Заказчика (далее по тексту – «Потребители») по профилю медицинской деятельности в соответствии с лицензией и согласно прейскуранту медицинских услуг, являющемуся неотъемлемой частью Договора.

1.2. Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

* «платные медицинские услуги» – медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет средств работодателя и иных средств на основании договоров;
* «заказчик» – юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;
* «потребитель» – физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* «исполнитель» – медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.3. Понятие «потребитель» применяется также в значении, установленном Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

1.4. Понятие «медицинская организация» употребляется в значении, определенном Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.5. Платные медицинские услуги предоставляются на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.6. Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по соглашению Сторон Договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования.

1.7. До заключения Договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация:

* о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
* перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
* сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг;
* сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
* стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
* сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;
* график работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* образцы договоров;
* перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг.

1.8. Платные медицинские услуги оказываются Потребителю после подписания им информированного добровольного согласия на платные медицинские услуги, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство являющемся неотъемлемой частью Договора (приложение 1).

1.9. Потребителю в форме информированного добровольного согласия доводится информация о методах и способах оказания медицинской помощи, противопоказаниях и возможных осложнениях. Информированное добровольное согласие является неотъемлемой частью Договора.

# 2. Обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю медицинские услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

надлежащего качества. Конкретные виды медицинских услуг, Ф. И. О. врача и стоимость указываются в согласованной Сторонами смете (приложение 3 к настоящему Договору).

2.1.2. Оказывать медицинские услуги, предусмотренные планом лечения и сметой, с применением собственных необходимых лекарственных средств, материалов, инструментов, оборудования.

2.1.3. Знакомить Потребителя с порядком оказания медицинских услуг, стандартами и клиническими рекомендациями.

2.1.4. Оказывать услуги надлежащего качества и устранять бесплатно недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение 1 года с момента оказания услуг. Гарантийный срок на устанавливаемые в процессе оказания услуг медицинские изделия указывается Изготовителем.

2.1.5. В процессе лечения информировать Потребителя и Заказчика о предстоящих основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах и их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости.

2.1.6. Ставить в известность Потребителя и Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при лечении, заранее ставить в известность Потребителя и Заказчика о предполагаемой сумме дополнительных расходов на лечение.

2.1.7. Организовывать за счет Заказчика и с его согласия необходимые обследования Потребителя в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности их выполнения силами Исполнителя.

2.1.8. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю медицинские документы установленного образца.

2.1.9. Вести учет вида, объема и качества оказанного лечения, а также средств, полученных от Заказчика, а также выступать представителем интересов Потребителя перед соисполнителями.

2.1.10. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Потребителя информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

2.1.11. Проводить все расчетные и финансовые операции, связанные с предметом настоящего Договора, вести бухгалтерский учет, своевременно составлять отчетность.

2.1.12. Своевременно и в полном объеме производить расчеты с Заказчиком в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.1.13. Представлять по требованию Заказчика всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего Договора.

2.1.14. Назначить ответственного представителя для решения общих вопросов и обеспечения контроля за выполнением условий Договора.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Производить в сроки, предусмотренные в разделе 3 настоящего Договора, необходимые расчеты с Исполнителем за оказанные медицинские услуги.

2.2.2. В сроки и в порядке, которые предусмотрены в разделе 4 настоящего Договора, принимать по акту сдачи-приемки оказанные медицинские услуги, а при наличии возражений заявить о них Исполнителю.

2.2.3. Оплачивать оказанные медицинские услуги по настоящему договору согласно смете и утвержденному прейскуранту, предусмотренному настоящим договором.

2.2.4. Обеспечить Потребителей документами, предоставляющими право обслуживаться у Исполнителя.

2.2.5. Ознакомить Потребителей с прейскурантом оказываемых медицинских услуг в рамках настоящего Договора. с добровольным согласием на получение платных медицинских услуг, добровольным согласием на медицинское вмешательство.

2.2.6. Представить Исполнителю официальные документы, являющиеся направлением от Заказчика.

2.2.7. Согласовывать возможность и сроки госпитализации Потребителей с ответственным представителем Заказчика.

# 3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1. Для обеспечения комплекса услуг, предусмотренных настоящим Договором, на расчетный счет Исполнителя, указанный в пункте 9.1 настоящего Договора, Заказчик перечисляет авансовый платеж в размере 50% от стоимости оказываемых услуг.

Не облагается НДС в порядке п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

Первый авансовый платеж является свидетельством вступления Договора в действие.

3.2. Исполнитель по итогам оказанных услуг оформляет акт оказанных услуг и счет установленной формы. В акте указывается подробный перечень оказанных услуг.

3.3. Оплату счета Заказчик обязан производить в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения счета.

Днем исполнения Заказчиком обязательств по оплате счетов по настоящему договору считается день поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.4. Исполнитель имеет право пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего Договора, и вводить дополнительные услуги по новым методикам.

При изменении стоимости предоставляемых медицинских услуг Исполнитель информирует Заказчика об изменениях не позднее чем за месяц до введения новых тарифов.

3.5. При окончании или досрочном расторжении настоящего Договора Исполнитель после проведения взаиморасчетов в течение 10 банковских дней обязан вернуть на расчетный счет Заказчика остаток авансового платежа.

# 4. Порядок оказания услуг

4.1. Исполнитель осуществляет прием Потребителей, являющихся работниками Заказчика после получения письменной заявки от Заказчика и при предъявлении Потребителем документа, предоставляющего право обслуживаться в лечебно-диагностических подразделениях Исполнителя.

4.2. Медицинские услуги назначаются и оказываются лечащим врачом в соответствии с планом лечения. Медицинские услуги фиксируются в смете, которая подписывается Сторонами настоящего Договора и фиксируется в медицинской карте пациента.

4.3. В согласованное с Потребителем время Исполнитель организует осуществление осмотра Потребителя квалифицированным врачом-специалистом, который устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Потребителя. По результатам осмотра врач составляет план лечения, определяя необходимый набор услуг из числа описанных в прейскуранте Исполнителя, и отражает его в смете и в медицинской карте пациента с указанием сроков оказания услуг.

4.4. Необходимым условием исполнения Договора является согласие Потребителя с предложенным планом лечения, оформленное в информированном добровольном согласии, согласие Потребителя на медицинское вмешательство, а также стоимостью, сроками и порядком лечения, оформленное подписью Заказчика в смете. Стороны договорились, что такое согласия являются также подтверждением того, что Потребитель достаточно и в доступной форме информирован о состоянии своего здоровья, о предполагаемых результатах лечения, о возможности негативных последствий предлагаемых способов диагностики и лечения, о характере и степени тяжести этих последствий, о степени риска лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, о существовании иных способов лечения и их эффективности, о последствиях отказа от предлагаемого лечения, несоблюдения указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

4.5. Платные медицинские услуги оказываются сотрудниками Исполнителя амбулаторно /в условиях дневного стационара в помещениях, на оборудовании и с использованием материалов Исполнителя в соответствии с согласованным планом лечения.

4.6. Платные медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя и Заказчика.

4.7. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость изменить план лечения с оказанием дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя и Заказчика в форме дополнительного соглашения к Договору с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Отказ Потребителя от получения дополнительных услуг, связанных с медицинскими показаниями, также оформляется в письменном виде. Исполнитель разъясняет Потребителю последствия такого отказа. В том случае, если Исполнитель придет к выводу, что без дополнительных услуг оказание услуг по настоящему Договору невозможно либо приведет к значительным негативным последствиям для Потребителя, стороны обсудят возможность расторжения настоящего Договора с компенсацией Исполнителю фактически понесенных затрат.

4.8. Исполнитель не оказывает услуги, если у Потребителя имеются острые воспалительные или инфекционные заболевания, если Потребитель находится в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, а также по любым другим медицинским показаниям, в случае их препятствия надлежащему оказанию услуг.

4.9. Время явки Потребителя на прием оговаривается и согласовывается с Потребителем (Заказчиком) каждый раз. Согласование даты и времени явки Потребителя на прием может осуществляться в устной или письменной форме.

4.10. В случае если потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.11. При применении медицинских изделий Потребитель информируется о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. Также Потребителю предоставляются сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

4.12. Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы организации. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг и составляет не более десяти календарных дней с момента заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

4.13. После исполнения Договора Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие. Медицинские документы предоставляются в течение 10 дней в печатном/ электронном виде в соответствии с порядками, утвержденными приказами Минздрава России от 14.09.2020 №972н и от 31.07.2020 №789н.

4.15. В случае нарушения Потребителем медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, а также Правил внутреннего распорядка Исполнителя, Исполнитель вправе отказать такому Потребителю в дальнейшем предоставлении медицинских услуг с доведением информации о причине инцидента до сведения Заказчика.

4.16. В случае отказа от предоставления медицинской помощи по причинам, указанным в п. 4.15 настоящего Договора Исполнитель не возвращает оплаченную Заказчиком за данного Потребителя стоимость медицинской услуги.

# 5. Контроль

5.1. Заказчик имеет право контролировать соответствие оказываемых Исполнителем услуг условиям настоящего договора.

Контроль осуществляется представителями Заказчика путем проверок счетов после их оплаты, историй болезней и т. п., проводимых по мере необходимости, а результаты проверок оформляются актом и представляются для рассмотрения согласительной комиссии.

По истечении срока действия настоящего Договора контроль выставленных в его рамках счетов производится Заказчиком в течение одного календарного месяца со дня получения последнего счета представителем Заказчика.

Претензии по оказанным услугам, предъявленные вне сроков контроля, Исполнителем не принимаются.

5.2. Согласительная комиссия создается из представителей Исполнителя и Заказчика, при необходимости с привлечением независимого эксперта. В течение 5 дней Согласительная комиссия рассматривает спорный вопрос на своем заседании и принимает решение, которое оформляется протоколом.

# 6. Ответственность сторон

6.1. Исполнитель несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего Договора и выбор методов лечения.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед Потребителем (Заказчиком) в случае:

6.3.1. Возникновения осложнений по вине Потребителя: невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и другие.

6.3.2. Возникновения аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению, о возможности которых не был предупрежден Потребителем (Заказчиком).

6.3.3. Возникновения осложнений при лечении в другой клинике.

6.4. При просрочке Заказчиком платежа, превышающей 10 дней, Исполнитель приостанавливает оказание услуг в рамках настоящего договора.

При неоплате Заказчиком оказанных услуг в течение срока, указанного в п. 3.3 настоящего Договора, Исполнитель вправе списать остаток внесенного Заказчиком аванса в счет погашения сложившейся задолженности.

6.5. В случае недостатка сумм авансового платежа на покрытие расходов по оказанным медицинским услугам Исполнитель вправе потребовать возмещения непокрытых расходов в судебном порядке, при этом все расходы по ведению дел в суде возмещает виновная сторона.

6.6. При наличии дефектов в качестве или объеме медицинской помощи, выявленных при разборе жалоб Потребителя Комиссией, при согласии Исполнителя, Заказчик учитывает спорную сумму при оплате за оказание медицинских услуг в последующем отчетном периоде.

6.7. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по Договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

6.8. Сторона, для которой стало невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 рабочих дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

# 7. Изменение и прекращение договора

7.1. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Исполнителем и Заказчиком.

7.2. Настоящий договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке:

* при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 2 (два) месяца до предполагаемой даты расторжения;
* в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему договору;
* в случае прекращения деятельности, ликвидации или реорганизации одной из Сторон, при этом за другой стороной сохраняется право требовать возмещение убытков;
* при наступлении обстоятельств, перечисленных в п. 7.7.

7.3. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

7.4. Стороны обязуются незамедлительно извещать друг друга обо всех изменениях своих реквизитов, фактического либо юридического адреса.

# 8. Прочие условия

8.1. Все приложения, дополнения, протоколы и иные изменения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и имеют юридическую силу, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями сторон.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8.3. В случае возникновении разногласий по настоящему договору Стороны решают их путем мирных переговоров. При невозможности решить спорный вопрос путем договоренностей дело передается в суд в соответствии с действующим законодательством.

# 9. Конфиденциальность

9.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора.

9.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

9.3. Конфиденциальной по настоящему договору признается информация:

* о форме и содержании Договора;
* сведения о Потребителях, относящиеся к персональным данным и составляющие врачебную тайну;
* о ценах и выплатах за услуги, оказанные Исполнителем.

# 10. Адреса и реквизиты сторон:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Заказчик:** |
| ООО «ЛДЦ «Семья и здоровье» |  |  |
| Юридический адрес: 607060, Нижегородская область, г. Выкса, ул. Ленина, д.259  ИНН: 5247048237  КПП: 524701001  ОКПО: 87245440  ОГРН: 1085247000816  р/с 40702810615600000105  БИК Банка: 044525411  к/с: 30101810145250000411  Банк:ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО)  Тел: (83177) 3-29-13, 3-41-45  Электронная почта: [Health-and-family@mail.ru](mailto:Health-and-family@mail.ru) |  | ОГРН  ИНН/КПП  Юридический адрес:  р/с  к/с  БАНК  БИК |
| **Ильина А.Р.**  **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |  | М. П. |

Приложение №1

К договору №\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия Имя Отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_ (дата рождения гражданина или законного представителя, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя), проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

даю согласие на получение платных медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «ЛДЦ «Семья и здоровье»».

Я ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. №736 и действующим прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги в Общество с ограниченной ответственностью «ЛДЦ «Семья и здоровье».

Я уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи.

Я проинформирован о:

* перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;
* сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
* сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг;
* стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
* уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
* образцами договоров;
* перечне льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг;
* адресах и телефонах учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения (указать), а также об их примерной стоимости.

Я понимаю, что обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в медицинских организациях.

Я согласен, что несоблюдение указаний (рекомендаций), 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 моего здоровья.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

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. №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:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Пациент (его законный представитель) |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |
| Медицинский специалист |  |  |  |
|  | Подпись |  | Фамилия Имя Отчество |

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

\* Информированное добровольное согласие является приложением (неотъемлемой частью) к договору на оказание платных медицинских услуг.

Приложение №2

К договору №\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

# Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) | | | |
| « | » | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
| (дата рождения гражданина либо законного представителя) | | | |
| (адрес регистрации гражданина либо законного представителя) | | | |
| проживающий по адресу: | | | |
|  | (указывается в случае проживания не по месту регистрации) | | |
| в отношении | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) | | | |
| « | » | г. рождения, зарегистрированный по адресу: | |
| (дата рождения пациента при подписании законным представителем) | | | |
| (в случае проживания не по месту жительства законного представителя) | | | |
| 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. № 390н1 (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 Общество с ограниченной ответственностью «ЛДЦ «Семья и здоровье» **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | |
| Медицинским работником | | |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. № 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. № 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) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон) |

|  |
| --- |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (подпись) | (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника) | |  | |
|  | « | » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | г. | |
|  |  | (дата оформления) | |  | |

Приложение №3

к Договору

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. № \_\_\_

**Акт оказанных услуг №\_\_\_**

г.Выкса «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023г.

﻿ Общество с ограниченной ответственностью «Лечебно-диагностический центр «Семья и здоровье» (ООО «ЛДЦ «Семья и здоровье»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Ильиной Анастасии Родионовны, действующей на основании доверенности №8 от 18.10.2023г., лицензия на оказание медицинских услуг № Л041-01164-52/00370041 от 06.11.2019г., с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующий(ая) на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,ОГРН\_\_\_,ИНН\_\_\_, расположен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуем\_\_ в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, именуемые вместе и по отдельности «Стороны», заклю­чили договор о нижеследующем:

1. В соответствии с условиями [Договора](consultantplus://offline/ref=E08081283AC5ECDBE09CAC6B75CF453706C45628B1D3154D4942C910C4BDD1A451785A69722134F4D21C3929O2F1M) об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г № \_\_\_\_ (далее - Договор), Исполнителем оказаны услуги, включающие:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код | Код услуги | Наименование услуги | Цена услуги | Скидка | Кол-во  услуг | НДС ставка | Сумма НДС | ВСЕГО с НДС, руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Указанные в [п. 1](#P28) настоящего Акта услуги согласно Договору от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ г № \_\_\_\_оказаны в полном объеме.
2. Замечаний к услугам и предоставленным Исполнителем лекарственным средствам, материалам не имеется.
3. Стоимость оказанных услуг, согласно Договору составила \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.
4. Настоящий Акт об оказании платных медицинских услугах составлен в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:** |  | **Заказчик:** |
| ООО «ЗДОРОВЬЕ» |  |  |
| Юридический адрес: 607060, Нижегородская область, г. Выкса, ул. Ленина, д.259  ИНН: 5247048237  КПП: 524701001  ОКПО: 87245440  ОГРН: 1085247000816  р/с 40702810615600000105  БИК Банка: 044525411  к/с: 30101810145250000411  Банк:ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО)  Тел: (83177) 3-29-13, 3-41-45  Электронная почта: [Health-and-family@mail.ru](mailto:Health-and-family@mail.ru) |  | ОГРН  ИНН/КПП  Юридический адрес:  р/с  к/с  БАНК  БИК |
| **Ильина А.Р.**  **/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** |  | М. П. |