

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Троицк

«___» _____ 20__ г

Общество с ограниченной ответственностью «Орхидея» в лице директора Мадорского Вячеслава Самоиловича, действующего на основании Устава и лицензии № Л041-01024-74/00323828 от 30.10.2020 г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» и _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель" (или «законный представитель Потребителя»), с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, и (или) законного представителя Потребителя _____ предоставляет медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, действующим на момент получения услуги, а Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется оплатить оказанные услуги непосредственно после её получения.

1.1.1. Медицинские услуги 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, при этом факт оплаты подтверждает согласие Потребителя (законного представителя Потребителя) на предоставление этих услуг.

1.1.2. Платные медицинские услуги организуются и оказываются в соответствии с действующим на момент оказания услуги законодательством РФ.

1.2. Перечень и сроки оказания медицинских услуг оговариваются при записи пациента на оказание медицинских услуг у администратора или с врачом-специалистом при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения.

1.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют от 1 дня до 30 дней на отдельные виды медицинских вмешательств.

1.4. Исполнителем к оказанию медицинских услуг могут быть привлечены третьи юридические лица, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в объеме, согласованном Сторонами.

2.1.2. Аргументировать и согласовать с Потребителем необходимость оказания дополнительно оплачиваемых медицинских услуг.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну.

2.2. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (в лице медицинского работника) все известные сведения о состоянии здоровья, в т.ч. обо всех аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, заключения и результаты диагностических обследований, выполненных в других медицинских организациях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. При предоставлении медицинских услуг незамедлительно сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги, либо по телефону администратору медицинской организации по номеру 83516358010) о любых изменениях самочувствия, в том числе о нежелательных реакциях на применение назначенных лекарственных препаратов, возникших осложнениях после медицинских манипуляций.

2.2.4. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя по согласованному номеру телефону 83516358010 администратору, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. На перенос времени или даты оказания услуги Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или иных противопоказаний для оказания плановой медицинской помощи;

- в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, без предупреждения Исполнителя за 2 часа до времени оказания услуги, в связи с невозможностью оказания качественной услуги в оставшееся для приема время.

2.3.2. На задержку приема не более 30 минут в связи с непрогнозируемой сложностью оказания медицинской помощи предыдущему пациенту или возникновением необходимости оказания неотложной помощи.

2.4. Потребитель (законный представитель Потребителя) имеет право:

2.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

2.4.2. На устранение недостатков оказанных услуг в разумный срок, согласованный Сторонами в отдельном соглашении, согласно статье 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

2.4.3. На возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, определяется действующим Прейскурантом на момент получения услуги, с которым Потребитель (законный представитель Потребителя) ознакомлен на сайте медицинской организации, стенде-стойке в ООО «Орхидея» или у администраторов клиники, до оказания медицинской услуги.

3.2. В процессе медицинского вмешательства, при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена при получении устного согласия Потребителя, с фиксацией в медицинской документации пациента и подтверждением факта оказания услуги в Перечне выполненных услуг (акте выполненных услуг).

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (законным представителем Потребителя) в день получения услуги с подтверждением факта оказания услуг, любым удобным законным способом, на отдельные медицинские услуги может быть установлена частичная предоплата, во время записи на прием.

3.4. Потребитель (законный представитель Потребителя) обязан оплатить оказанные медицинские услуги, или представить свои мотивированные возражения в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае непредоставления Потребителем (законным представителем Потребителя) мотивированных возражений в указанный срок услуги считаются оказанными в полном объеме и с надлежащим качеством.

4. Ответственность сторон

4.1. Потребитель (законный представитель Потребителя) подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель, путем размещения информации на интернет-сайте медицинской организации: www.орхидея-74.рф на стенде - стойке в зале ожидания, через администратора предупредил:

- 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.

- что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- ознакомил с перечнем медицинских организаций, с которыми у ООО «Орхидея», заключены договоры на оказание медицинских услуг, а также для контроля качества медицинских услуг;

-ознакомил с Правилами поведения пациента ООО «Орхидея», обязательные для исполнения на территории медицинской организации;

- уведомил его 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.

4.2. Подписав настоящий Договор, Потребитель (законный представитель Потребителя) подтверждает, что он осознает, что данные медицинские услуги входят в территориальную программу государственных гарантий и Потребитель их может получить бесплатно по месту прикрепления в медицинской организации, но желает получить эту услугу платно именно в ООО «Орхидея».

4.3. Исполнитель довел до Потребителя (законного представителя Потребителя) информацию о форме заявления, опубликованном на сайте www.orchidea-74.pf, а также сообщает почтовый адрес: 457100, Челябинская область, г. Троицк, ул. им. В.И. Ленина, д. 84, email: orchidea7414@mail.ru, на которые может быть направлено обращение (жалоба) на качество медицинских услуг.

4.4. Исполнитель определил порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов: заключение врача-специалиста на бланке с подписью врача, в котором содержится диагноз, обследование и лечение (назначения лекарственных средств и рекомендации по режиму). Иные медицинские документы: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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, без взимания дополнительной платы, в соответствии с сроками и условиями, утвержденными действующим законодательством.

4.5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.6. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем (законным представителем Потребителя) неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье, нарушения графика приема медицинских сотрудников, невыполнение назначений и рекомендации, выданных медицинским работником Исполнителя, самостоятельного лечения Потребителя.

4.7. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору.

5.2. При отказе Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг по одному экземпляру для каждой Стороны, имеющих равную юридическую силу.

6.2. Договор вступает в силу даты его заключения и действует по 31 декабря текущего года включительно, а в части взаиморасчетов - до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Если не менее, чем за один месяц до окончания срока действия настоящего Договора, ни одна из Сторон не направит другой Стороне уведомление о прекращении настоящего Договора, настоящий Договор автоматически пролонгируется на один год.

6.3. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи, включая настоящий Договор и дополнительные соглашения к настоящему договору, а также на иных документах, имеющих значение для его исполнения, изменения или прекращения.

6.4. Срок хранения договора в ООО «Орхидея» 5 лет.

7. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:	Потребитель:
<p>Общество с ограниченной ответственностью «Орхидея»</p> <p>Юридический /почтовый адрес: 457100, Челябинская область, г. Троицк, ул. им. В.И. Ленина, д. 84 ИНН 7424032305 КПП 742401001 ОГРН 1147424001273 Электронная почта: orhideya7414@mail.ru Телефон: 89512583651 Р/с 40702810695450006543 в ФИЛИАЛ ЗАПАДНО-СИБИРСКИЙ ПАО БАНКА "ФК ОТКРЫТИЕ" К/с 30101810465777100812 БИК 047162812</p>	<p>ФИО</p> <p><i>(если паспорт не предоставлен, то указать «Данные внесены со слов потребителя», в этом случае услуги анонимны, до предъявления паспорта Потребителем) если заказчик законный представитель, подтверждение статуса: данные св-во о рождении совершеннолетнего, данные паспорта (с 14 лет) (удостоверение опекуна, решение суда о временной опеке)</i></p>

