

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Договор об оказании платных медицинских услуг

Образец · заполняется и подписывается до начала оказания услуг

г. Пенза

« ____ » _____ 20 ____ г.

Важно. До подписания договора Пациенту предоставляется информация о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий. Образец не заменяет экземпляр договора, оформленный для конкретного обращения.

Общество с ограниченной ответственностью «ОСТЕОНИК» (далее — «Исполнитель»), в лице Генерального директора Никифоровой Людмилы Александровны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и указанное ниже физическое лицо — Пациент, его законный представитель и (или) Заказчик — с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор.

Пациент	Ф.И.О.: _____
Дата рождения	« ____ » _____ Г.
Адрес	_____
Контакты	Телефон: _____ E-mail: _____
Документ	Паспорт / иной документ: серия _____ № _____, выдан _____
Законный представитель	Ф.И.О., основание полномочий и документ: _____
Заказчик, если иное лицо	Ф.И.О. / наименование, адрес, телефон, документ / ОГРН, ИНН: _____

1. Предмет договора

- 1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с лицензией, медицинскими показаниями, порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи (при наличии), а Пациент и (или) Заказчик обязуется принять и оплатить услуги.
- 1.2. Перечень, стоимость, количество, дата и время оказания услуг согласуются Сторонами и указываются в настоящем договоре, приложении, заказе или ином документе, являющемся его неотъемлемой частью.
- 1.3. Медицинские услуги оказываются по адресу: 440066, Пензенская область, г. Пенза, ул. Тернопольская, д. 14, помещ. 3б.

2. Информация, предоставляемая до заключения договора

- 2.1. Пациент и (или) Заказчик уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы. Отказ от настоящего договора не ограничивает право на бесплатную медицинскую помощь.
- 2.2. Пациент уведомлен, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя и медицинского работника, включая назначенный режим лечения, может снизить качество услуги, сделать невозможным её завершение в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

- 2.3. Пациенту предоставлена возможность ознакомиться с действующим прейскурантом, сведениями о лицензии, медицинских работников, сроках ожидания, правилах оказания платных медицинских услуг, способах направления обращений и контролирующих органах.
- 2.4. Настоящий договор не заменяет информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Такое согласие оформляется отдельно до соответствующего вмешательства.

3. Права и обязанности Исполнителя

- 3.1. Исполнитель обязан оказывать услуги качественно, своевременно, в согласованном объёме, с соблюдением врачебной тайны и требований законодательства Российской Федерации.
- 3.2. Исполнитель предоставляет Пациенту доступную информацию о состоянии здоровья, методах оказания медицинской помощи, возможных рисках, вариантах вмешательства, последствиях и предполагаемых результатах.
- 3.3. Исполнитель вправе получать сведения, необходимые для оказания услуг, определять объём обследования и медицинских вмешательств, а при наличии противопоказаний, угрозы безопасности либо отсутствии медицинских показаний — предложить иной способ помощи или отказать в конкретном вмешательстве с разъяснением причин.
- 3.4. Дополнительные платные услуги, не предусмотренные согласованным перечнем, оказываются только после получения согласия Пациента и согласования стоимости, кроме случаев оказания экстренной медицинской помощи в установленном законом порядке.

4. Права и обязанности Пациента и Заказчика

- 4.1. Пациент вправе получать информацию об Исполнителе, медицинском работнике, стоимости и условиях услуги, задавать вопросы, выбирать из предложенных вариантов и отказаться от услуги до или в процессе её оказания.
- 4.2. Пациент обязан сообщить достоверные сведения о здоровье, заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых препаратах и иных обстоятельствах, способных повлиять на безопасность медицинской помощи.
- 4.3. Пациент обязан соблюдать согласованный режим, рекомендации медицинских работников, правила поведения в медицинской организации и заблаговременно сообщать о невозможности явки.
- 4.4. Заказчик обязан своевременно оплатить услуги в порядке, установленном настоящим договором.

5. Стоимость и порядок оплаты

- 5.1. Стоимость услуг определяется действующим прейскурантом Исполнителя и фиксируется ниже.

Наименование услуги	Кол-во	Цена, Р	Стоимость, Р

_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

- 5.2. Оплата производится в размере 100% стоимости согласованных услуг в российских рублях в день оказания услуги — наличными денежными средствами либо в безналичной форме. Пациенту и (или) Заказчику выдаётся документ, подтверждающий оплату.
- 5.3. При необходимости изменения перечня или стоимости услуг Стороны предварительно согласуют изменения. Без согласия Пациента и (или) Заказчика Исполнитель не вправе оказывать дополнительные платные услуги, кроме предусмотренных законом случаев.

6. Сроки ожидания и условия оказания услуг

- 6.1. Дата и время приёма: « ____ » _____ 20 ____ г., ____ ч. ____ мин. Срок ожидания услуги: _____. Продолжительность приёма зависит от возраста Пациента, характера жалоб и медицинских показаний.
- 6.2. При опоздании Пациента Исполнитель вправе перенести приём либо сократить его продолжительность, если это не влияет на безопасность и качество услуги. Перенос согласуется с Пациентом.
- 6.3. Если оказание услуги в согласованный срок невозможно по медицинским или организационным причинам, Исполнитель уведомляет Пациента и предлагает новое время либо возвращает оплату за неоказанную услугу.

7. Медицинская тайна и персональные данные

- 7.1. Сведения о факте обращения, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и раскрываются только в случаях и порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Согласие на обработку персональных данных оформляется отдельно от настоящего договора. Исполнитель вправе обрабатывать данные без согласия в случаях, прямо предусмотренных законом.

8. Медицинские документы

- 8.1. После исполнения договора Исполнитель без дополнительной платы предоставляет Пациенту или его законному представителю медицинские документы, их копии либо выписку, отражающие состояние здоровья, результаты обследования, диагноз и применённые методы лечения, в порядке и сроки, установленные законодательством Российской Федерации.
- 8.2. Документы выдаются по письменному обращению лично, законному представителю либо иным разрешённым законом способом с соблюдением врачебной тайны и требований к защите персональных данных.

9. Ответственность, обращения и споры

- 9.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств в соответствии с законодательством Российской Федерации и настоящим договором.
- 9.2. Обращения и претензии направляются Исполнителю по адресу: 440066, г. Пенза, ул. Тернопольская, д. 14, помещ. 3б, либо на e-mail osteonik@mail.ru. Телефон для связи: +7 967 701-82-18.
- 9.3. Пациент вправе обратиться в Министерство здравоохранения Пензенской области, территориальные органы Росздравнадзора и Роспотребнадзора либо в суд. Контакты контролирующих органов размещены на сайте Исполнителя.
- 9.4. Споры разрешаются путём переговоров, а при недостижении соглашения — в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

10. Изменение, расторжение и возврат денежных средств

- 10.1. Изменения и дополнения оформляются по соглашению Сторон в письменной форме либо в иной форме, допустимой законодательством Российской Федерации.
- 10.2. Пациент и (или) Заказчик вправе отказаться от исполнения договора в любое время при условии оплаты фактически понесённых Исполнителем расходов, связанных с исполнением договора.
- 10.3. Возврат денежных средств за неоказанные услуги осуществляется по обращению Пациента и (или) Заказчика в порядке и сроки, установленные законодательством Российской Федерации. Возврат производится тем способом, который согласован Сторонами и допускается правилами расчётов.

11. Заключительные положения

- 11.1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного исполнения обязательств.
- 11.2. Договор составляется не менее чем в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для Исполнителя и Пациента (Заказчика). Электронная форма применяется только при соблюдении требований законодательства Российской Федерации.
- 11.3. Подписывая договор, Пациент и (или) Заказчик подтверждает получение понятной информации о предмете, стоимости, сроках и условиях услуг, а также экземпляра договора.

Реквизиты Исполнителя

Общество с ограниченной ответственностью «ОСТЕОНИК»

Генеральный директор: Никифорова Людмила Александровна, действует на основании Устава

ИНН 5835122590 · КПП 583501001 · ОГРН 1175835003992

Юридический адрес и место оказания услуг: 440066, Пензенская область, г. Пенза, ул. Тернопольская, д. 14, помещ. 36

Телефон: +7 967 701-82-18 · E-mail: osteonik@mail.ru · Сайт: <https://mnikiforov.ru/osteonik-preview/>

Расчётный счёт: 40702810812180000016 · филиал № 6318 Банка ВТБ 24 (ПАО) · корреспондентский счёт: 30101810700000000955

Лицензия на медицинскую деятельность: Л041-01166-58/00322720 от 09.07.2018, предоставлена Министерством здравоохранения Пензенской области

Лицензирующий орган: 440018, г. Пенза, ул. Пушкина, 163 · +7 (8412) 48-81-01

Работы (услуги), составляющие медицинскую деятельность:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: медицинский массаж, сестринское дело, сестринское дело в педиатрии;
- первичная врачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: организация здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиология; педиатрия;
- первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях: мануальная терапия, неврология, организация здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиология; остеопатия.

Исполнитель	Пациент / заказчик / законный представитель
_____ / _____	_____ / _____
подпись Ф.И.О.	подпись Ф.И.О.
Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.	Дата: « ____ » _____ 20 ____ г.