**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **оказания платных медицинских услуг**

 ООО ЛДЦ «Медсервис»

 433515 Ульяновская область « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

 г.Димитровград , ул. Гвардейская 23

 телефон 8(84235)63817

 ОГРН 102730054002 ИНН 7302005022

 **Общество с ограниченной ответственностью лечебно-диагностический центр «Медсервис»,**

**лицензия № Л041 – 01188-73/00293847 от 22 июля 2014 г , выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения согласно приказа №866н** по следующим видам медицинской деятельности:

**стоматология терапевтическая, оториноларингология, дерматовенерология, сестринское дело**

**в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Зверевой Ольги Викторовны,**

**действующего на основании \_ УСТАВА\_, Постановления Правительства РФ от 011.05.2023 №736н «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», с одной стороны** и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем "Заказчик", проживающий

 (полные фамилия, имя, отчество, дата рождения полностью)

 по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(данные внесены со слов потребителя)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность лица, от имени которого заключается договор)

 с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. Предмет договора**

 1.1 Заказчик, именуемый в дальнейшем «Пациент», зная о возможности бесплатного получения всех видов медицинской помощи, предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования, желает получить определенный объем помощи платно, согласно прейскуранта .

 1.2. Пациент полностью доверяет, а Исполнитель через лечащего врача принимает на себя обязательство оказывать

 Пациенту, услуги по терапевтической стоматологии, дерматологии и оториноларингологии , отвечающие требованиям, предъявляемым к современным методам диагностики, профилактики и лечения на основе Клинических рекомендаций и в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи, разрешенными на территории Российской Федерации.

 1.3. Виды диагностического обследования и лечения будут рекомендоваться каждому Пациенту индивидуально в соответствии с перечнем предоставляемых услуг и действующим прейскурантом Исполнителя.

  **2. Права и обязанности Сторон**

 2.0. Исполнитель обязан:

 2.1.1. Поручить лечащему врачу осуществить в оговоренное с пациентом время по записи или в день обращения(в зависимости от конкретной клинической ситуации и загруженности врача) проведение осмотра, необходимого объема обследования для установления предварительного диагноза, объема необходимого лечения, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте Пациента. По желанию Пациента может быть предоставлена исчерпывающая информация о состоянии его здоровья.

 2.1.2. в процессе лечения информировать Пациента или его представителя о предстоящих основных или дополнительных лечеб-

 но-профилактических и прочих процедурах

 - условиях и сроках оказания курсовых медицинских услуг, исходя из клинической ситуации

 - их стоимости, необходимых медикаментозных препаратах, расходных материалах и их стоимости;

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

 2.1.4. вести медицинскую документацию и выдавать Пациентам медицинские документы установленного образца по запросу

(Приказ МЗРФ от 31.07.2020№789н)

 2.1.6. гарантировать Заказчику защиту конфиденциальной информации

 2.1.7. Изменения и дополнения к настоящему Договору возможны путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания обеими сторонами.

 2.2. Исполнитель имеет право:

 2.2.1. отказаться от исполнения настоящего договора при невыполнении пациентом назначений лечащего врача и медицинского персонала;

 2.2.2. направить пациента в профильное медицинское учреждение, исходя из клинической ситуациии и с учетом материально-технических возможностей Исполнителя

 2.3. Заказчик обязан:

 2.3.1. оплатить оказание медицинской помощи на условиях,, указанных в настоящем договоре;

 2.3.2. сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о состоянии своего здоровья и сопутствующих заболеваниях для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

 2.4 Заказчик имеет право:

 2.4.1 приостановить действие договора , путем письменного отказа от оказываемых услуг, произвести расчет за выполненную работу

  **3. Цена договора и порядок расчетов**

 3.1. При подписании настоящего договора Заказчик получает разъяснения об объеме и стоимости, предоставляемых платных медицинских услуг, возможна предварительная смета. Дополнительные услуги, обследования оговариваются заранее, закрепляются новым письменным договором и соглашением.

 3.2. Оплата Заказчиком стоимости услуг осуществляется путем перечисления денежных средств в кассу Исполнителя, за непосредственно выполненную работу. Наличный или безналичный расчет, с последующей выдачей кассового чека.

 3.3. Окончательный расчет осуществляется Заказчиком после окончательно установленной стоимости фактически оказанного лечения Пациентам( с учетом дополнительных затрат, дополнительных обследований, В случае изменения плана лечения оформление через дополнительное соглашение или заключение нового договора )

 **4. Ответственность Сторон**

 4.1. Исполнитель имеет право приостановить исполнение настоящего договора или расторгнуть его в случае нарушения Заказчиком обязательств по оплате(если нет угрозы состоянию здоровья пациента)

 4.2 Претензии и споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством о защите прав потребителей. **http://73.rospotrebnadzor.ru**

 4.3. . В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с разделами настоящего договора .

Меры ответственности Сторон предусмотрены действующим законодательством Российской Федерации.

 **5. Арбитраж и применимое право**

 5.1. Стороны будут стремиться разрешать возникшие споры и разногласия путем переговоров.

 5.2. При невозможности урегулировать споры и разногласия путем переговоров, они подлежат передаче на рассмотрение в арбитражный суд **( 432063 г. Ульяновск , ул.Железнодорожная 14)**

 5.3. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации. **6. Срок действия договора**

 6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного окончания работ, на период обслуживания. Сроки выполнения устанавливаются индивидуально. При необходимости дополнительных медицинских вмешательств их перечень согласовывается путем нового плана лечения.

 **7. Заключительные положения**

 7.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон. Порядок изменения и расторжения договора устанавливается

по письменному заявлению Сторон.

 7.3. Настоящий договор подписан в двух экземплярах на русском языке (по одному экземпляру для каждой Стороны), и оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

 7.4. Ни одна из Сторон не имеет права передавать свои права и обязательства по настоящему договору третьим лицам без письменного согласия на то другой Стороны.

 **8. СОГЛАШЕНИЕ**

 **об объеме, стоимости и условиях оказываемых медицинских услуг**

Я, Заказчик (пациент, ФИО полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО ЛДЦ «Медсервис». При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом, гарантийными обязательствами и согласен оплатить стоимость указанной

медицинской услуги.

1. Я проинформирован (а) о возможности возникновения при проведении лечения и после него различных побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма. Несоблюдение рекомендаций исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения ее в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.
2. В случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований,

ООО ЛДЦ «Медсервис» не несет ответственности за их возникновение.

1. Мною добровольно, без принуждения согласован с врачом план лечения ,выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить и согласен оплатить:

 Предмет договора на основании прейскуранта ( соответственно номенклатуре медицинских услуг, согласно Постановления Правительства от 11.05.2023 №\_736н)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  | **Код услуги** | **Вид услуги**  | **Количество**  | **Срок исполнения** | **Сумма в руб.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ИТОГО: | Сумма прописью (в рублях): |  |  |

 **9. Реквизиты и подписи Сторон**

 Исполнитель: Заказчик:

 ООО ЛДЦ « Медсервис» Ульян. обл

 г. Димитровград, Гвардейская 23

 ИНН 7302005022

 ОГРН 1027300540024

 ИФНСпог.Димитровграду Ульян.обл.

 73№001976084

 Должность директор ФИО

 ФИО Зверева О.В.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( от имени исполнителя) Заказчик (пациент)

 М.П. Подпись Подпись