

ООО «ИНТИМ»

Договор об оказании платных медицинских услуг

Составлен в соответствии с постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. N 1006 и Законом об основах охраны здоровья граждан РФ

г. Таганрог

« ____ » _____ 201 г.

До заключения договора Исполнитель уведомляет Потребителя о том, 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.

ООО «ИНТИМ», свидетельство о присвоении ОГРН 1026102578480 серия 61 № 006355072 выдано ИФНС по г. Таганрогу в лице Директора Владими́рова Никола́я Николаевича, действующего на основании Устава и лицензии № ЛЮ-61-01-003661 от 01.07.2014, выданной Министерством здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, тел. 283-21-95) на осуществление медицинской деятельности по врачебной помощи по сестринскому делу, по амбулаторно-поликлинической помощи, в том числе специализированной медицинской помощи по дерматовенерологии, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) _____ именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Потребителю медицинские услуги _____, а Потребитель обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и в размере, установленные настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1. оказать медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- 2.1.1.1. ознакомить Потребителя с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1);
- 2.1.2. обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии организации, соблюдение требований действующего законодательства в области здравоохранения;
- 2.1.3. обеспечить Потребителя информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, о квалификации специалистов;
- 2.1.4. своевременно информировать Потребителя о применяемых к нему методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;
- 2.1.5. после проведения лечения выдать Потребителю выписку из истории болезни;
- 2.1.6. оформлять и вести медицинскую документацию, установленную действующим законодательством Российской Федерации;
- 2.1.7. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну);
- 2.1.8. обеспечить Потребителю по его просьбе получение информации о его состоянии здоровья.

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. определять длительность лечения, объем лечебно-диагностических услуг. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.
- 2.2.2. отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий Потребителю, в случаях:
 - при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе лечения;
 - в случае неоплаты стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора;
 - при предоставлении Потребителем неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем;
 - при нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка организации.

2.3. Потребитель обязуется:

- 2.3.1. ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1), являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. Без подписанного информированного согласия настоящий договор недействителен;
- 2.3.2. оплатить стоимость оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному Прейскуранту в соответствии с настоящим договором;
- 2.3.3. для качественного предоставления медицинских услуг сообщить до начала ее оказания:
 - все сведения о наличии у Потребителя заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на оказание медицинских услуг;
 - о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях;
- 2.3.4. точно выполнять назначения врача или способствовать их выполнению;
- 2.3.5. согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.4. Потребитель имеет право:

- 2.4.1. отказаться от получения медицинских услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги.

3. Цена и порядок оплаты медицинских услуг

- 3.1. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным генеральным директором организации,
- 3.2. Оплата услуг осуществляется в порядке 100% предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя в установленном порядке или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя;
- 3.3. Окончательная стоимость медицинских услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза, видов и объемов оказанных медицинских услуг и иных затрат на лечение.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации;
- 4.2. При предоставлении Потребителем анализов, сделанных сторонними медицинскими организациями, Исполнитель исходит из добросовестности Потребителя и третьих лиц и не несет ответственности в случае предоставления сведений, не соответствующих действительности;

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом, при том, что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее.

5. Порядок разрешения споров

5.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

6.2. Настоящий договор заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также в одностороннем порядке при предварительном уведомлении другой стороны не менее чем за 10 (десять) дней.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащим образом сторонами.

6.5. По вопросам, не отраженным в настоящем договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон

Исполнитель: Юридический адрес: 347900, Ростовская область, г. Таганрог, ул. _____ ИНН _____ КПП _____ р/с _____ БИК _____ к/сч _____ ОГРН _____ ОКПО _____ тел. _____ Директор _____ М.П. _____	Потребитель: _____ _____ Паспорт N _____ серия _____, Выдан _____ 20__ г. _____ Адрес: _____ Телефон: _____ _____/_____/_____
--	---

Приложение N 1
к договору об оказании
платных медицинских услуг
№ ___ от « ___ » _____ 20__ г.

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «ИНТИМ» (далее - Клиника) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников Клиники полную информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Клиника не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей Клиники.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом.

Не возражаю против записи медицинского вмешательства на информационные носители и демонстрации лицам с медицинским образованием – исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное соглашение подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Потребитель: _____ Паспорт N _____ серия _____, Выдан _____ 20__ г. _____ Адрес: _____ Телефон: _____ _____/_____/_____
« ___ » _____ 20__ г.

ИНФОРМАЦИОННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гр-на либо законного представителя гр-на)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь
(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель г. рождения),

проживающему по адресу: _____

(адрес места жительства гр-на, от имени которого выступает законный представитель)

в ООО «ИНТИМ»

(должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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, 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».

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

«__» _____ г.

(дата оформления)

ИНФОРМАЦИОННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____,
проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства гр-на либо законного представителя гр-на)

даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, при оказании мне, гражданину, чьим законным представителем я являюсь
(ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, от имени которого выступает законный представитель г. рождения),

проживающему по адресу: _____

(адрес места жительства гр-на, от имени которого выступает законный представитель)

в ООО «ИНТИМ»

(должность, Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

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, 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».

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(ФИО медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

«__» _____ г.

(дата оформления)

**Программа
предоставляемых услуг в ООО «ИНТИМ»**

Пациенту _____

№ п/п	Код услуги по реестру договорных цен	Наименование услуги по реестру договорных цен	Количество услуг	Заполняется бухгалтерией	
				Цена услуги, руб.	Стоимость, руб.
Итого:					

Главный врач/

Бухгалтер _____ / _____ /

Дополнение № _____

от _____ 20__ г.