

## Договор об оказании платных медицинских услуг № 18683

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

г. Таганрог

4 Августа 2017 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 «Ника», свидетельство о присвоении ОГРН 1136154003248 серия 61 № 007556148 выдано ИФНС по г. Таганрогу в лице генерального директора Денисовой Марины Игоревны, действующего на основании Устава и лицензии № ЛО-61-01-002972 от 05.09.2013г., выданной Министерством здравоохранения Ростовской области (г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33, тел. 283-21-95) на осуществление медицинской деятельности - при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), косметологии, аллергологии и иммунологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностики, урологии, эндокринологии; 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.
- 2.1.2 ознакомить Потребителя с информированным согласием об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1);
- 2.1.3 обеспечить соответствие предоставляемых услуг лицензии организации, соблюдение требований действующего законодательства в области здравоохранения;
- 2.1.4 обеспечить Потребителя информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их предоставления, о квалификации специалистов;
- 2.1.5 своевременно информировать Потребителя о применяемых к нему методах обследования и лечения, возможности развития осложнений;
- 2.1.6 после проведения лечения выдать Потребителю выписку из истории болезни;
- 2.1.7 оформлять и вести медицинскую документацию, установленную действующим законодательством Российской Федерации;
- 2.1.8 соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (врачебную тайну);
- 2.1.9 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, масел, 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, предусмотренном 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.



6.6 От имени "Исполнителя" договор подписан генеральным директором в виде факсимильного оттиска. Факсимильный оттиск подписи генерального директора имеет юридическую силу и заверен печатью "Исполнителя".

6.7 Я даю / не даю (верное подчеркнуть) свое согласие на сме-рекламу (рассылку).

## 7. АДРЕСА, БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

"Исполнитель"  
ООО "Ника"  
Юридический адрес:  
347904, Ростовская область, г. Таганрог,  
ул. Октябрьская, 44-г, офис № 1  
ИНН 6154127463 КПП 615401001  
р/с 40702810000000000906  
ЗАО КБ «Ростовский Универсальный»  
БИК 046015920  
к/сч 30101810900000000920  
ОГРН 1136154003248 ОКПО 12136070  
тел. 34-34-43

Генеральный директор

\_\_\_\_\_/Денисова М.И./

"Потребитель"  
Фамилия:  
Имя:  
Отчество:  
Паспорт № серия  
Выдан  
адрес:  
т.:  
т. моб.:

\_\_\_\_\_/ . . /

Приложение N 1  
к договору об оказании  
платных медицинских услуг  
№ 18683 от 4 Августа 2017 г.

## ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, [Пациент] [Пациент.Имя] [Пациент.Отчество], в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Ника» (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 № серия

Выдан

адрес:

т.:

т. моб.:

\_\_\_\_\_/ . . /  
4 Августа 2017 г.