**УВЕДОМЛЕНИЕ**

( в порядке п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006)

Настоящим Пациент ( Заказчик) подтверждает, что до заключения договора он уведомлен о том, что несоблюдение указаний ( рекомендаций) Исполнителя ( медицинского работника, предоставляющего Вам медицинскую услугу) могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись, ФИО Пациента ( Заказчика)

|  |  |
| --- | --- |
| **Договор об оказании платных медицинских услуг** | № |
| Г. Ковров | Дата: |

Общество с ограниченной ответственностью медицинский центр « Твой доктор» ( свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 33 № 001739185 выдано 7 апреля 2011 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы России № 2 по Владимирской области. ОГРН 1113332001606, ИНН 3305711981, КПП 330501001 находящееся по адресу Владимирская обл., г. Ковров, ул.Первомайская, дом 21, помещение 42, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», осуществляющее медицинскую деятельность, на основании лицензии от 26.12.2018г.. № ЛО-33-01-002752, выданной Департаментом здравоохранения Администрации Владимирской), в лице директора Бушуевой Жанны Борисовны, действующего на основании Устава и

|  |
| --- |
| Ф.И.О. |

Заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1.1Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующие платные медицинские услуги в согласованное с Заказчиком время:

|  |
| --- |
| Услуга: |

 1.2. Пациент ( Заказчик) обязуется своевременно оплатить медицинские услуги.

 1.3. Медицинские услуги должны отвечать требованиям, предъявленным к методам и диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги Пациенту по местонахождения медицинского центра Исполнителя: Владимирская обл., г. Ковров, ул. Первомайская, дом 21, помещение 41,42,34.

2.2. При привлечении исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц, исполнитель доводит до сведения Заказчика место и время оказания ему медицинских услуг.

2.3.Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с режимом работы Исполнителя после **подписания** настоящего **договора**, информированного **добровольного согласия** на медицинское вмешательство, информированного **согласия на обработку своих персональных данных**, **Уведомления** (в соответствии с п.15 . Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012г. № 1006), оформления амбулаторной карты и другой необходимой медицинской документации.

**3.СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

 3.1.Стоимость медицинских услуг определяется действующим на момент их предоставления Перечнем (Прейскурантом) платных медицинских услуг и составляет:

|  |
| --- |
| Цена: |

 3.2.Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом ( Заказчиком) путем внесения 100% предоплаты суммы Договора в кассу или на расчетный счет Исполнителя, если иное не предусмотрено договором. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на информационных стендах Исполнителя.

 3.3.В случае предоставления платных медицинских услуг Пациенту по полису ДМС или по договору с третьими лицами (Фондами и пр.) либо с привлечением кредитных средств оплата производится полностью или в согласованной части путем перечисления денежных средств страховой или иной организацией на расчетный счет Исполнителя. В оставшейся части Пациент ( Заказчик) оплачивает услуги в соответствии с пунктом 3.2. договора.

**4. ПРАВИЛА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

 4.1.**Исполнитель обязан**:

4.1.1.По заданию Заказчика оказать услуги Потребителю (Заказчику), с учетом показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

4.1.2.При оказании медицинских услуг применять разрешенные к применению в РФ лекарственные препараты и медицинские изделия, имеющие соответствующие сертификаты и регистрационные удостоверения.

4.1.3.На приеме у специалиста предоставить устную информацию Пациенту, в доступной для него форме, о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения. Пациент имеет право знакомиться с медицинской документацией непосредственно на приеме у специалиста, а также, по письменному запросу на имя Главного врача получить копии медицинских документов в течении 10 (десяти) рабочих дней с момента предоставления соответствующего запроса.

4.1.4.В случае необходимости созыва консилиума врачей, привлечении сторонних организаций, сроки подготовки заключения могут быть увеличены исполнителем в одностороннем порядке на срок не более 10 (десяти) рабочих дней.

 4.2. **Исполнитель имеетправо**:

4.2.1.Рекомендовать Пациенту (Заказчику) характер и объем проводимых исследований.

4.2.2.Отказаться от исполнения договор в одностороннем порядке,уведомив Заказчика в письменной или устной форме, при выявлении у Пациента противопоказаний к определенному методу диагностики, при нахождении Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, в случаях, когда действия Пациента угрожают жизни и здоровью медицинского персонала либо нарушают общественный порядок, не явке Пациента на прием в назначенное (согласованное с Исполнителем) время,по техническим причинам (поломка (отсутствие) оборудования, в случае отсутствия лично-доверительных отношений между Исполнителем и Заказчиком (отказа врача от пациентаи наоборот), в случае нарушений условий договора, если эти нарушения влияют на достижение результата услуги, иных обстоятельств, не зависящих от воли сторон.

4.2.3.Привлекать для исполнения обязательств по настоящему договору третьих лиц. При привлечении третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Заказчика всю необходимую информацию о третьем лице в объеме информации, предоставляемой об Исполнителе, а также, информацию о времени и месте оказания Заказчику данных медицинских услуг.

4.2.4. Не выдавать пациенту результаты исследований, заключения и т.п. в случае неисполнения Заказчиком обязанности по оплате

4.2.5. Изменять режим работы Медицинского центра в целом или отдельных кабинетов и помещений, время приема (работы) врачей/специалистов

 4.3. **Пациент (Заказчик) имеет право:**

4.3.1.Получить сведения о результатах медицинской услуги в порядке и сроки, установленные договором

4.3.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в одностороннем порядке, уведомив Исполнителя в письменной или устной форме, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному Договору. Пациент (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Пациентом (Заказчиком) денежные средства ( в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору, подлежат возврату Пациенту (Заказчику) в течении трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении Договора.

 4.4.**Пациент (Заказчик) обязан:**

4.4.1.Предоставить медицинские документы, (в том числе снимки, заключения, выписки из амбулаторной картыи т.д.), связанные с заболеванием, и, при необходимости, информировать врача устно до и/или при оказании услуги о состоянии своего здоровья, отягощенной наследственности, перенесенных или имеющихся заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах, операциях, травмах, аллергических реакциях, иных реакциях организма, проводимом ранее лечении и обследованиях и их результатах, иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, о наличии заболеваний, представляющих опасность для окружающих, если Пациенту заранее о наличии данного заболевания. Сообщать только достоверную информацию в полном объеме.

4.4.2.Подписать информационное добровольное согласие, которое является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства.

4.4.3.Явиться на прием в назначенное время, Заблаговременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, препятствующих явке.

4.4.4.Выполнять рекомендации медицинского персонала Исполнителя, направленные на обеспечение качества выполнения медицинских услуг, соблюдать режим лечения, правила поведения пациента в медицинской организации.Незамедлительно извещать лечащего врача, иного медицинского работника, оказывающего услуги, об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг.

4.4.5. При прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотических средств, алкогольных напитков, БАДов, табака, а также, согласовать с лечащим врачом употребление любых медикаментов и изделий медицинского назначения.

4.4.6. Своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Потребителю Исполнителем услуги.

**5.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Медицинский центр не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора в случае:

× нарушения/неисполнения Заказчиком(Пациентом) обязательств по настоящему договору

× медицинского вмешательства третьих лиц в период или после оказания услуг

× непредоставление Пациентом полной и достоверной информации, указанной в п. 4.4.1.

× наступления обстоятельств непреодолимой силы(в т.ч.осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма, непредвиденных особенностей индивидуального действия лекарственных препаратов, предусмотреть которые невозможно на современном уровне развития медицинской науки и практики)

5.2. Первоочередным правом на устранение недостатков работы (услуги) пользуется Исполнитель.

5.3. Заказчик уведомлен, что добровольное исполнение требований Заказчика не может расцениваться как согласие или признание медицинской организацией своей вины, а также как право требовать более того, что стороны согласовали после проверки качества медицинской услуги.

5.4.Стороны несут ответственность в размере **реального** ущерба, причиненного неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств по настоящему договору, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.5. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством РФ с соблюдением претензионного порядка их урегулирования. Претензионный срок обращения, по взаимному соглашению сторон, определен как 10 календарных дней с момента обнаружения ненадлежащего исполнения условий по настоящему Договору.

5.6. В случае обнаружения Заказчиком(Пациентом) недостатка оказанной Исполнителем услуги, в течение 10 дней с момента ее оказания Заказчик (Пациент) направляет письменную претензию в адрес исполнителя. При ее отсутствии услуга признается оказанной надлежащего качества.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1.Срок действия настоящего Договора устанавливается с момента подписания его Сторонами и заключается на неопределенный срок.

6.2.Ответственность за несоблюдение обязательств по срокам Договора определяется в соответствии с Законодательством РФ и сопровождается выплатой неустойки, которая может быть выплачена за счет уменьшения стоимости предоставленной медицинской услуги, либо предоставления Заказчику дополнительной услуги без оплаты, либо возврата части ранее внесенного аванса.

**7. КОНФЕДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

7.1.Медицинский центробязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебную тайну)

7.2. С письменного согласия пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, третьим лицам.

**8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

8.1. Заказчику в доступной форме была сообщена информация о предстоящем медицинском вмешательстве: сущность процедуры, этапы ее проведения, материальный результат и возможные осложнения, что требуется от Пациента для достижения надлежащего качества оказываемой услуги, а также возможность расхождения разновидности медицинской услуги между направлением лечащего врача и тем, что он лично считает необходимым провести.

8.2. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он(она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный Закон от 21.11.2011г № 323- ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 « об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», закон РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 « О защите прав потребителей», Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 29 июня 2016 г. № 425Н "Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей здоровье пациента" размещены на информационных стендах Исполнителя.

8.3. Информационные стенды Исполнителя находятся в вестибюлях ООО МЦ «Твой доктор» по адресу: 601900 Владимирская обл. г. Ковров

Ул. Первомайская д.21 пом. 42,34

8.4.Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи на настоящем договоре, возможность вести официальную переписку посредством Почты России и электронной почты, указанной в реквизитах Договора. Электронные письма отправляются исключительно с уведомлением о прочтении.

8.5.Договор может быть изменен или расторгнут **по соглашению сторон**, а так же в порядке и в случаях предусмотренных законом. Все приложения, дополнения и изменения к настоящему Договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

8. 6..Настоящийи договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному для каждой из сторон.

**ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **"Исполнитель"****ООО МЦ "Твой доктор":** | **"Пациент (Заказчик) " г.р.** |
| 601900 Владимирская область, г.Ковров ул. Первомайская дом 21 помещение 42; тел. 8(49232) 4-65-22; ИНН - 3305711981КПП - 330501001; ОГРН - 1113332001606 ПАО «БИНБАНК», МОСКВАБИК 044525117 к/с 30101810245250000117р/с 40702810300870100004электронная почта: tvoy-doktor@mail.ru | Адрес:Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_электронная почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер телефона: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Подпись: Подпись: