

## ДОГОВОР №

оказания платных медицинских услуг

г. Качканар

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медико-санитарная часть Ванадий», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Парамонова А.И., действующего на основании Устава, с одной стороны и, \_\_\_\_\_ в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», являющийся представителем Потребителя с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель осуществляет деятельность по оказанию медицинских услуг на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01021-66/00339266, выданной Министерством здравоохранения Свердловской области (г. Екатеринбург, ул. Вайнера, д. № 34Б, тел. (343)219-70-70) от 28.09.2018 года.

Перечень услуг в соответствии с лицензией, указан в Приложении № 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. Исполнитель принимает на себя обязательство предоставить Заказчику/Потребителю на своей лечебно-диагностической базе (поликлиника (г. Качканар, ул. Свердлова д. № 1), санаторий профилакторий «Зеленый мыс» (Качканар, территория Зеленый мыс, 1), медицинские и немедицинские сервисные услуги вид, объем и цена которых, определены Сторонами в настоящем договоре, а Заказчик обязуется принять и оплатить услуги на условиях, определенных настоящим договором.

1.2. Вид и объем услуг: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.3. Услуги оказываются в сроки \_\_\_\_\_

1.4. Информация о специалистах, их квалификации и сертификации содержится на информационных стендах, расположенных в местах оказания услуг.

### **2. Обязательства сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать услуги по качеству, соответствующему требованиям, предъявляемым к методикам диагностических исследований, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Информировать Заказчика/Потребителя о требованиях, предъявляемых к Заказчику/Потребителю, и необходимых для качественного выполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему договору.

Информирование Заказчика осуществляется следующим образом:

- путем размещения информации на стендах в местах оказания услуг;
- путем устных и письменных рекомендаций, выдаваемых Заказчику/Потребителю персоналом Исполнителя.

2.1.3. Ознакомить Потребителя с информированным согласием об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 2 к настоящему договору).

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплатить оказанные Исполнителем услуги, по ценам в соответствии с действующим на момент оказания услуг прейскурантом Исполнителя.

2.2.2. Своевременно выполнять требования, предъявляемые к Потребителю, от которых зависит качественное предоставление Исполнителем услуг, включая предоставление Исполнителю необходимой информации и документов.

2.3. Потребитель имеет право на:

- выбор лечащего врача, с учетом его согласия;

- сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
- добровольное согласие и отказ от медицинского вмешательства;
- получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья.

2.4. Ознакомиться и подписать информированное согласие об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 2), являющееся неотъемлемой частью настоящего договора. Без подписанного информированного согласия настоящий договор недействителен.

### **3. Порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг, определяется в соответствии с действующим на момент заключения настоящего договора прейскурантом Исполнителя. Действующий прейскурант размещается на информационных стендах в месте оказания услуг. 3.2. Оплата услуг производится Заказчиком/Потребителем в порядке 100 % предоплаты стоимости услуг. Срок оплаты \_\_\_\_\_

Расчеты по настоящему договору осуществляются денежными средствами, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо, в безналичном порядке на расчетный счет Исполнителя.

### **4. Споры сторон. Ответственность**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком/Потребителем за качественное и своевременное предоставление услуг при условии выполнения Заказчиком/Потребителем, предъявляемых к нему требований (выполнения Заказчиком/Потребителем установленного режима обследования, лечения, своевременного предоставления информации, документов и др.).

4.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Если выполнению обязательств препятствуют обстоятельства непреодолимой силы временно препятствующие или вовсе исключающие исполнение договорных обязательств (стихийные бедствия, аварии, пожар, военные действия любого характера, принятие актов органами власти и хозяйственного управления, нарушения в работе режима предприятия и пр.), то срок выполнения обязательств Сторонами отодвигается на время устранения этих обстоятельств, а вопрос имущественной ответственности решается с их учетом.

### **5. Срок действия договора**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до момента исполнения Сторонами обязательств по договору.

### **6. Прочие условия**

6.1. В случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ Потребителю предоставляются льготы. Информация о льготах размещается на информационных стендах в месте оказания услуг.

6.2. Расторжение договора осуществляется в следующем порядке:

6.2.1. В одностороннем порядке, в случае отказа Заказчика/Потребителя от предоставления ему услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.2.2. По соглашению сторон.

6.2.3. По решению суда в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

6.3. Во всем остальном, что не предусмотрено условиями настоящего договора, Стороны руководствуются ГК РФ и другим действующим законодательством РФ.

6.4. Настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Приложения № 1, № 2 к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

## 7. Реквизиты и подписи сторон Исполнитель:

*Полное наименование:* Общество с ограниченной ответственностью «Медико-санитарная часть Ванадий»

*Сокращенное наименование:* ООО «МСЧ Ванадий»

Место нахождения: 624350, Россия, Свердловская область, г. Качканар, территория «Зеленый мыс, 1

Телефон (34341) 3-34-03, 3-34-05

ИНН 6615011343, КПП 668101001, ОГРН 1076615000769. (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 66 №004910093, выдано МИФНС № 20 по Свердловской области) Р/с 40702810216340123470 в Уральском банке ПАО «Сбербанк» г. Екатеринбург БИК 046577674, к/с 30101810500000000674.

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
м. п

**Потребитель:**

Паспорт \_\_\_\_\_

проживающий \_\_\_\_\_

Телефон (*обязательно*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Перечень медицинских услуг, оказываемых ООО «МСЧ Ванадий» в соответствии с лицензией № Л041-01021-66/00339266**

624350, Свердловская область, г. Качканар, ул. Свердлова, д. 1 (*поликлиника медико-санитарной части*)

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: акушерскому делу; вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской статистике; медицинскому массажу; организации сестринского дела; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); неотложной медицинской помощи; организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью; терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; проф. патологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; рентгенологии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам профилактическим. При проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством. При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

624350, Свердловская область, г. Качканар, территория Зеленый мыс, здание 1, (*санаторий профилакторий*)

При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); дерматовенерологии; диетологии; кардиологии; лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; медицинской реабилитации; медицинскому массажу; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; педиатрии; проф. патологии; сестринскому делу; стоматологии; терапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

Исполнитель: \_\_\_\_\_

Заказчик: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Информированное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_, являющийся Заказчиком, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № 1 от «03» декабря 2014г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО «МСЧ Ванадий» (далее - Учреждение) за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников Учреждения полную информацию о возможности и условиях предоставления Заказчику/Потребителю бесплатных медицинских услуг в Учреждении, в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Заказчику/Потребителю платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

Я выражаю добровольность в получении Заказчику/Потребителю платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел(а) различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги.

Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение 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 Учреждения.

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

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом Пациента, и я даю свое согласие на их оплату.

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 медицинских услуг.

Заказчик: \_\_\_\_\_

Паспорт \_\_\_\_\_

проживающий \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

подпись

ФИО

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Исполнитель: \_\_\_\_\_

Заказчик: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_