|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР  об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | |
| г. Москва | | |  | | | | "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. | |
| Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Диагностический Центр – Специальный МДЦ-С» в лице генерального директора Храмцова Всеволода Герасимовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (именуемая) в дальнейшем ПАЦИЕНТ, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | |
| **1.ПРЕДМЕТ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА** 1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется, оказать ПАЦИЕНТУ услуги, по медицинскому освидетельствованию и выдачи документов подтверждающих отсутствие заболевания наркоманией и инфекционных заболеваний, которые представляют опасность для окружающих, а также сертификата об отсутствии заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), а ПАЦИЕНТ обязуется принять услуги и оплатить их в порядке, предусмотренном настоящим договором.  1.2. Оказание услуг осуществляется Исполнителем на основании лицензий № ЛО-77-01-004100 от 29.08.2011 г., № ЛО-77-01-008233 от 14.05.2014 г., № ЛО-77-01-004563 от 25.01.2012 г., № ЛО-77-01-010873 от 04.09.2015 г., выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (г. Москва, пер. Оружейный, д. 43, тел.: 8(499) 251-83-00).  1.3. Перечень медицинских услуг, составляющих медицинскую деятельность ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, указаны в Приложении № 1 к настоящему договору.  **2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** 2.1. ПАЦИЕНТ имеет право: 2.1.1. на получение информации о специалистах ИСПОЛНИТЕЛЯ, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;  2.2. ПАЦИЕНТ обязан: 2.2.1. оплатить медицинские услуги; 2.2.2. выполнять указания медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ; 2.2.3. давать полную и достоверную информацию лечащему врачу касаемо жалоб, прошлых заболеваниях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, аллергических реакциях и непереносимости препаратов в прошлом, инвалидностях и ограничениях по состоянию здоровья, нахождению на учете в медицинских учреждениях, а также любую иную информацию, касающуюся своего физического и психического здоровья; 2.2.4. соблюдать указания (рекомендации) медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ, распорядок установленный ИСПОЛНИТЕЛЕМ, сообщать обо всех изменениях своего здоровья, в процессе получения медицинских услуг; 2.2.5. соблюдать права других пациентов и медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ, бережно относиться к имуществу ИСПОЛНИТЕЛЯ; 2.3. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право: 2.3.1. устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей; 2.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан: 2.4.1. выдать ПАЦИЕНТУ документы, подтверждающие факт оплаты медицинских услуг, а также медицинские документы (копии/выписки), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг; 2.4.2. информировать ПАЦИЕНТА о сроках и условиях оказания медицинских услуг, о специалистах ИСПОЛНИТЕЛЯ, о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; 2.4.3. обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ; 2.4.4. сообщать ПАЦИЕНТУ сведения о ходе оказания услуг; 2.4.5. сохранять в тайне информацию о факте обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии и диагнозе заболевания ПАЦИЕНТА. Информации может быть раскрыта только в пределах, установленных соответствующими законами.   **3. ПОРЯДОК, ФОРМЫ И СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ЗА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ** 3.1. Медицинские услуги оплачиваются на условиях 100 % предварительной оплаты; 3.2. Стоимость услуг определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент оказания услуг   **4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ** 4.1. ПАЦИЕНТ ознакомлен с правилами оказания медицинских услуг, информирован о том, что в случае необходимости ПАЦИЕНТ может быть направлен на дообследование в профильное медицинское учреждения и дает свое добровольное информированное согласие на получение платных медицинских услуг у ИСПОЛНИТЕЛЯ в соответствии с назначениями врача. 4.2. ПАЦИЕНТ ознакомлен с тем, что по результатам медицинского осмотра может быть выдано отрицательное заключение, что является так же результатом оказанной услуги и в этом случае возврат денег внесенных в кассу не предусмотрен.   **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**  5.1. В соответствии с законодательством РФ стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора; 5.2. ПАЦИЕНТ вправе требовать от ИСПОЛНИТЕЛЯ возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью ПАЦИЕНТА в результате предоставления некачественной медицинской услуги;  5.3. Ответственность ИСПОЛНИТЕЛЯ не наступает в том случае, если: 5.3.1. неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги произошло вследствие непреодолимой силы; 5.3.2. если ПАЦИЕНТ умышленно или по неосторожности скрыл или предоставил ИСПОЛНИТЕЛЮ ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему договору, а так же по иным основаниям, предусмотренным действующим Законодательством РФ. 5.4. В случае, когда невозможность исполнения настоящего договора возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, ПАЦИЕНТ возмещает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные им расходы. | | | | | | | | |
| 5.5. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами в соответствии с действующим законодательством РФ. 5.6. Все претензии по недостаткам медицинских услуг по настоящему Договору принимаются ИСПОЛНИТЕЛЕМ в процессе их оказания. Гарантийный срок на медицинские услуги отсутствует (статья 29 Закона РФ от 07.02.1992г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»).   **6. СРОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА** 6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств.  6.2. Срок оказания услуг определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю с учетом графика работы медицинского персонала и предварительной записи на прием.   **7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ** 7.1. По вопросам, непредусмотренным настоящим договором стороны руководствуются действующим законодательством РФ; 7.2. Подписанием настоящего договора ПАЦИЕНТ подтверждает, что ознакомлен с правилами предоставления медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛМ, а также с порядком оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи и согласен с данными условиями и информацией. Согласие ПАЦИЕНТА на получение медицинских услуг ИСПОЛНИТЕЛЯ дано и является добровольным и информированным. 7.3. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе ПАЦИЕНТА в одностороннем порядке, при условии предупреждения об этом ИСПОЛНИТЕЛЯ. При этом ПАЦИЕНТ обязан возместить ИСПОЛНИТЕЛЮ расходы, фактически понесенные последним при оказании услуг/стоимость оказанных медицинских услуг.   **8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | «ИСПОЛНИТЕЛЬ»: ООО «МДЦ-С»  Юридический адрес:  105187, г. Москва, Измайловское ш., д.55  ИНН 7720227865  КПП 771901001  ОГРН 1027739065804  Банк ОАО «Банк Москвы»  БИК 044525219  Р/с 40702810800290000236  К/с 30101810500000000219  Генеральный директор  Храмцов В.Г. | | |  | «ПАЦИЕНТ»: Ф.И.О.   Паспорт № , выдан   Адрес   Телефон | | |  |
|  | | |
|  | | |
| Подпись |  | | Подпись |  | |
|  | |  | |
|  | |  | |