Приложение № 10.

К Положению о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг общества с ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир»»

**Договор об оказании амбулаторных платных медицинских услуг**

хут. Красный Десант «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019г

Общество с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир» (далее ООО «ЦДиЮП «Мир»»), лицензия на осуществление медицинской деятельности **Лицензия № ЛО-61-01-006505 от 28.06.2018 года**, Россия, Ростовская область, Неклиновский район х. Красный Десант ул. Октябрьская 1-в : 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: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностики; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико—санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дезинфектологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии, в лице в лице администратора Карабутовой Жанны Игоревны , действующей на основании доверенности № 02 от 20 ноября 2018 года, выданной Генеральным директором Общество с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир» Лутковой В.А. с одной стороны, и гражданин(ка)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», действующий от своего имени с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора.**

**1.1** Исполнитель обязуется предоставить Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, объем которых определяется перечнем оказываемых медицинских услуг, согласно утвержденному прейскуранту цен на платные медицинские услуги ООО «ЦДиЮП «Мир»».

1. **Права и обязанности сторон.**
   1. **Исполнитель обязуется:**
      1. При оказании медицинских услуг использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные к применению российским законодательством.
      2. Исполнитель в соответствии с п.1.1, настоящего Договора лично оказывает медицинские услуги. В случае привлечения Исполнителем для оказания медицинских услуг третьих лиц, Исполнитель обязан привлекать третьих лиц, обладающих необходимыми разрешениями на оказание соответствующих медицинских услуг, а также обладающих необходимыми знаниями и квалификацией.

При привлечении Исполнителем для оказания медицинских услуг Потребителю третьих лиц Исполнитель обязан довести до сведения Потребителя всю необходимую информацию о третьем лице.

* + 1. Предоставить Потребителю необходимую информацию о сущности применяемых методик диагностики.

1. Своевременно и качественно провести необходимые диагностические и лечебно-профилактические мероприятия в соответствии с планом, согласованным сторонами.
   1. **Потребитель обязуется:**
      1. Предоставить Исполнителю всю необходимую информацию обо всех заболеваниях (отклонениях от нормы, в т.ч. аллергической предрасположенности) и иных обстоятельствах, необходимых для осуществления медицинской помощи.
      2. Выполнять все медицинские предписания и требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг.
      3. Оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг.
   2. **Исполнитель вправе:**
      1. Не приступать к оказанию медицинских услуг в случаях, когда имеет место нарушение Потребителем своих обязанностей по настоящему Договору.
      2. Отложить или отменить лечебно-диагностическое мероприятия, в том числе в день процедур, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний.
      3. С письменного согласия Потребителя или его законного представителя передать информацию об объеме и стоимости оказанных Потребителю медицинских услуг третьим лицами.
   3. **Потребитель вправе:**
      1. Обращаться к Исполнителю за разъяснениями по условиям и порядку оказания медицинской помощи и результатам исполнения медицинских услуг.
      2. В одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, оплатив Исполнителю фактически понесенные им расходы.
2. **Размер и порядок оплаты.**
   1. Стоимость медицинских услуг определяется Исполнителем, исходя из объема оказываемых услуг и рассчитывается на основании утвержденного Исполнителем прейскуранта цен на медицинские услуги и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей..
   2. Оплата услуг Исполнителя по настоящему Договору производится Потребителем в порядке предоплаты 100% стоимости услуг, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету.
3. **Иные условия**
   1. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
   2. От имени Исполнителя договор подписывается администратором Карабутовой Жанной Игоревной. Подпись заверяется печатью Исполнителя.
   3. Действия настоящего Договора может быть прекращено досрочно:

* по взаимному соглашению сторон;
* при досрочном выполнении Исполнителем условий договора в полном объеме.
  1. В одностороннем порядке Договор может быть прекращен:
     1. По инициативе Исполнителя в случаях:

**а)** уклонения Потребителя от исполнения требований и обусловленных настоящим Договором обязательств;

**б)** возникновению обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих проведению лечения (пункт 6.1. настоящего Договора);

**в)** в случае отказа Потребителя от дальнейшего прохождения курса лечения, оплата производится Потребителем в зависимости от объема выполненных работ и услуг по акту, составленному Исполнителем.

**4.4.2.** По инициативе Потребителя в случаях:

а) нарушения Исполнителем обязательств, предусмотренных настоящим Договора;

**б)** возникновению обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих проведению лечения (пункт 6.1. настоящего Договора);

* 1. О прекращении Договора в одностороннем порядке заинтересованная сторона должна письменно уведомить другую сторону за один день.
  2. Все изменения и дополнения настоящего Договора производятся в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1. **Срок действия договора.**

Настоящий договор вступает в силу с момента подписания обеими сторонами и действует до « » 20 г. включительно, а в части исполнения Сторонами обязательств до их исполнения в полном объеме.

1. **Ответственность сторон.**
2. Исполнитель освобождается от имущественной ответственности в случае действия непреодолимой силы, не позволяющей Исполнителю исполнить свои обязательства (стихийные бедствия, военные действия и т.д.), выявления после начала лечения заболеваний (отклонений от нормы), препятствующего продолжению лечения.
3. Все споры и разногласия между сторонами, возникшие по настоящему Договору, будут по возможности разрешаться путем переговоров между Потребителем и Исполнителем
4. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7.** **Конфиденциальность**.

1. Стороны обязуются хранить в тайне «информацию», под которой подразумеваются любые данные, предоставляемые каждой из сторон друг другу в связи с заключением настоящего договора, не открывать и не разглашать в общем или в частности ту информацию какой-либо третьей стороне без предварительного письменного согласия другой стороны по данному договору.

**В соответствии со ст. 22 Федерального закона РФ от 21.11.2013г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Я, с моего согласия, информирован (а) врачом в доступной для меня форме о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи.** Я **добровольно принимаю на себя обязанность следовать предписаниям врача, понимая, что это способствует эффективности лечения. Со статьями 13, 13-28 Федерального закона РФ от 21.11.2013 г. №323-ФЗ «Об основах охраны  
здоровья граждан в Российской Федерации» ознакомлен (а). На медицинское вмешательство даю своё согласие.**

(фамилия, имя, отчество Потребителя или законного представителя Потребителя с указанием характера отношений)

**С полным текстам Договора ознакомлен(а). Мною прочитано, замечаний и возражений не имею. Информация предоставлена в доступной для меня форме. В соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 года №152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных и передачу полученных результатов исследований (лечения) по техническим средствам связи по указанным мною реквизитам. Экземпляр договора с приложениями к нему *получил(а).***

(фамилия, имя, отчество Потребителя или законного представителя Потребителя с указанием характера отношений)

**8.Реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель**  ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»»  347905, Россия, Ростовская область, г.Таганрог, ул.Дзержинского,119  ОГРН 1086154007532 ИНН 6154557850 КПП 15401001  р/с 40702810452230000282  к/с 30101810600000000602 БИК 046015602  Юго-Западный банк ПАО СБЕРБАНК г. Ростов-на-Дону тел/ факс 8-8634-311-117  Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель** ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение 1

к Договору об оказании амбулаторных платных медицинских услуг

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. № \_\_\_\_\_\_\_\_

Перечень оказываемых амбулаторных платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Перечень медицинских услуг | Стоимость\* | количество | Сумма | Примечание |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
|  | Итого: |  |  |  |  |

\* определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель  ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»  Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Потребитель  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Данное Приложение 1к Договору об оказании амбулаторных платных медицинских услугот «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ является актом выполненных работ.

Перед подписанием настоящего договора я была, был ознакомлен с действующими:

* Прейскурантном цен на платные медицинские услуги, оказываемые в ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир».
* Положениями/приказами ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»,
* Режимом работы ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»,
* Лицензией ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир» на осуществление медицинской деятельности,
* Основами потребительскими свойствами предоставляемых (ой) мне медицинской услуг (и), противопоказаниями для применения при отдельных видах заболеваний с дополнительной информацией. Касающейся особенностей предоставляемых (ой) мне медицинских (ой) услуг (и) и условий ее предоставления в доступной для меня форме и в полном объеме.

Содержание Договора, а также указанных выше документов мне разъяснено и понятно.

На обработку моих персональных данных, необходимых для целей настоящего договора, согласна.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потребитель

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)