**Приложение № 5.**

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

**Уведомление**

О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций ) медицинского учреждения

**Общество с Ограниченной ответственностью** «Центр детских и юношеских программ «Мир» в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

|  |
| --- |
|  *подпись*  |

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019г

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

Общество с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир», ОГРН 1086154007532, ИНН 6154557850, юридический адрес 347905, Россия, Ростовская область, г. Таганрог, ул.Дзержинского,119 , адрес фактического оказания медицинских услуг Россия, Ростовская область, Неклиновский район х. Красный Десант ул. Октябрьская 1-в, 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 врачебной медико- санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, 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. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дерматовенерологии. детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской эндокринологи, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), педиатрии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, терапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эндокринологии. При оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении организуются и выполняются работы (услуги) по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, дезинфектологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской эндокринологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинской реабилитации, медицинской статистике, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), педиатрии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу в педиатрии, 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 осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, 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. именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ** с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК,** с другой стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, , именуемый в дальнейшем **ПАЦИЕНТ** действующий от своего имени и в своих интересах, совместно именуемые СТОРОНЫ, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.**
	1. Пациент подтверждает, что при заключении договора получил от Исполнителя в доступной для него форме полную информацию о возможности и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и выразил свое согласие и желание на оказание ему платных медицинских услуг (далее – услуги)
	2. ЗАКАЗЧИК поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ на возмездной основе медицинские услуги, по адресу Россия, Ростовская область, Неклиновский район х. Красный Десант ул. Октябрьская 1-в ( Общество с Ограниченной ответственностью «Центр детских и юношеских программ «Мир»), в объеме , порядке и на условиях предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, а ЗАКАЗЧИК обязуется оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в объеме порядке и на условиях , определенных настоящим Договором. ПАЦИЕНТ обязуется выполнять требования и рекомендации Исполнителя , обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг , а также сообщить Исполнителю необходимые для этого сведения.
	3. Отношения между ИСПОЛНИТЕЛЕМ, ЗАКАЗЧИКОМ и ПАЦИЕНТОМ регулируются нормами федерального законодательства, правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 года, настоящим Договором.
	4. **Согласованные с ЗАКАЗЧИКОМ перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, стоимость платных медицинских услуг, а также сроки предоставления платных медицинских услуг указываются в Приложениях (Приложении) к настоящему Договору, которые являются его неотъемлемой частью.**

1.4 Подписанием настоящего Договора ЗАКАЗЧИК подтверждает , что он предупрежден Исполнителем о том, что при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг , не предусмотренных договором. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, по результатам обследования или лечения, стоимость оказываемых по настоящему договору услуг может быть изменена по согласию сторон с учетом уточненного диагноза, дополнительных обследований и иных затрат на лечение. В случае несогласия ЗАКАЗЧИКА с ценой на услуги в связи с уточнением диагноза, дополнительных обследований, ЗАКАЗЧИК может отказаться от дальнейшего исполнения договора, возместив исполнителю расходы за фактически оказанные услуги.

1.5 В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, определить объем оказываемой медицинской помощи самостоятельно. **Такие медицинские услуги оказываются без взимания платы** в соответствии с Федеральным законом от 30.03.2011 № 323-ФЗ» Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.6 Медицинские услуги предоставляются при наличии Информированного добровольного согласия Пациента ( законного представителя Пациента ) на медицинское вмешательство.

1.7 Подписанием настоящего договора Пациент и ЗАКАЗЧИК подтверждают , что до заключения договора им в доступной форме предоставлена информация о возможности, порядке и условиях получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписанием настоящего договора Пациент и Заказчик подтверждают , что они добровольно согласились на оказание Пациенту услуг на платной основе.

1.8 Подписанием настоящего договора Заказчик и Пациент подтверждают, что они ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг , утвержденными Постановлением Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 Правила в доступной форме доведены Исполнителем до сведения Заказчика и Пациента . Пациентом получены сведения о медицинских работниках , участвующих в предоставлении платных медицинских услуг , об уровне их профессионального образования и квалификации о режиме работы медицинской организации, о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг. До сведения Пациента доведены адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (Ростовской области ) в сфере охраны здоровья граждан , территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

1.9 Заказчик и Пациент уведомлены о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя , в том числе назначенного режима лечения , могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1. **СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОРЯДОК И СРОКИ ИХ ОПЛАТЫ**
	1. Стоимость услуг, указанная в Приложении (Приложениях) к Договору, определяется Исполнителем по утвержденному прейскуранту, с которым Заказчик ознакомлен до момента подписания Договора. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает, что он ознакомлен со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта Исполнителя и согласен оплатить стоимость медицинских услуг по расценкам прейскуранта. Своей подписью настоящего Договора Заказчик подтверждает , что ему названы и с ним согласованы стоимость отдельных процедур (манипуляций , этапов лечения) общая стоимость лечения в целом, расценки прейскуранта.
	2. Оплата Медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Заказчиком в порядке стопроцентной предварительной оплаты в день подписания настоящего договора. Оплата Медицинских услуг производится Заказчиком в рублях путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету , путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя , указанный в настоящем Договоре. В подтверждение произведенной оплаты Заказчику выдается документ установленного образца.
	3. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, а при отсутствии расходов денежные средства возвращаются в полном объеме.
	4. В случае расторжения договора возврат денежных средств за не оказанные платные медицинские услуги (за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов) производится Исполнителем в течении 10 дней с момента подписания Сторонами соглашения о расторжении договора , либо получения Исполнителем от Заказчика письменного заявления о расторжении договора.

**3 . Права и обязанности сторон**

3.1 Исполнитель обязан :

3.1.1 Обеспечивать Пациента информацией о месте оказания услуг , режиме работы Исполнителя , перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости , об условиях предоставления и получения этих услуг.

3.1.2 Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ, в условиях , соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.1.3 Предоставляет Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

* О состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемого результатах лечения.
* Об используем при предоставлении платной медицинской услуги, лекарственных препаратах и медицинских изделиях. В том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

 3.1.4 Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о факте обращения Заказчика за оказанием медицинских услуг, состояние здоровья, диагноз, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении (врачебная тайна).

3.2 Исполнитель имеет право :

3.2.1 В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента , самостоятельно определять объем обследований, оперативных вмешательств , необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

3.2.2 В одностороннем порядке расторгнуть договор при нарушении Пациентом предписаний, рекомендаций и назначений лечащего врача, правил внутреннего распорядка.

3.2.3 Оказать медицинскую услугу только при отсутствии у Пациента противопоказаний к ее провидению.

3.2.4 Требовать от пациента предоставления всей информации , необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.5 Исполнитель имеет право, при наличии медицинских показаний, самостоятельно принять решение о транспортировке Пациента в профильное медицинское учреждения, для оказания медицинской помощи.

3.2.6 Исполнитель вправе привлечь для оказания услуги по настоящему Договору квалифицированных специалистов , не являющихся сотрудниками Исполнителя , а также иные медицинские организации, имеющие договорные отношения с Исполнителем.

3.3 Пациент обязан :

3.3.1 Предоставить необходимую и достоверную информацию , обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг.

Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство сообщить Исполнителю все сведения о наличии у него заболеваний , противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур , а также другую информацию влияющую на лечение , в том числе:

- о перенесенных и сопутствующих заболеваниях; о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах; о переливаниях крови и инъекциях полученных в других медицинских учреждениях; о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течении одного календарного месяца до начала получения Пациентом услуг по настоящему договору; о непереносимости медицинских препаратов , физиотерапевтических воздействиях, аллергических реакциях , о принимаемых медицинских препаратах и биологических добавках , о состоянии своего здоровья, наличия генетических заболеваний у Пациента и ближайших родственников , об имеющейся в анамнезе патологии , перенесенных или имеющихся заболеваниях и инфекциях.

Пациенту разъяснено , что Исполнитель при определении индивидуальных противопоказаний к оказанию медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье Пациента , записанную и внесенную в медицинскую карту Пациента с его слов и на основании предоставленных Пациентом документов. Пациент согласен , что Исполнитель не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья Пациента , наступившие в результате предоставления Пациентом Исполнителю неполной или недостоверной информации о своем здоровье и возможных рисках, в том числе , указанных в настоящем пункте договора.

3.3.2 Пациент обязуется выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе Пациент обязан соблюдать указания медицинского учреждения, которые он должен соблюдать после оказания услуги.

3.3.3 Пациент обязуется своевременно явиться по месту нахождения Исполнителя для получения медицинских услуг.

3.3.4 Находясь на территории Исполнителя соблюдать правила противопожарного режима в РФ, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 25.04.2012 года № 390 и требования Федерального закона РФ от 23.02.2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», требований Санитарно – эпидемиологических правил и нормативов, правил внутреннего распорядка , законные требования и предписания медицинского персонала , а также персонала клиники .

3.4 Пациент имеет право :

3.4.1 Получать платные медицинские услуги , качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствие в Договоре условий об их качестве – требованиям , предъявляемым к услугам соответствующего вида.

3.4.2 Получать от Исполнителя информацию, по требованию Пациента, в доступной форме о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе , методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения , об условиях предоставления и получения медицинской помощи.

3.4.3 На возмещение вреда причиненного здоровью при оказании ему платных медицинских услуг , при наличии вины Исполнителя и установленной причинно-следственной связи между действиями , бездействием Исполнителя и наступившими неблагоприятными последствиями.

* + 1. Пациент имеет право отказаться от получения услуги.
	1. Заказчик :
		1. Направляет Пациента для оказания медицинских услуг.
		2. Оплачивает стоимость медицинских услуг в порядке и размере, предусмотренных настоящим договором.
		3. Контролирует соответствие оказываемых Исполнителем медицинских услуг требованиям профессиональных стандартов и условиям договора.
		4. Имеет право расторгнуть данный договор, согласно условиям настоящего договора, уведомив Исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесённые Исполнителем расходы.
		5. В случае отказа Пациента от лечения и расторжения им настоящего договора в одностороннем порядке оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы.
		6. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что ему разъяснено и понятно обязательство Пациента сообщить Исполнителю все сведения о наличии у Пациента заболеваний , противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур , а также другую информацию влияющую на лечение , в том числе:

- о перенесенных и сопутствующих заболеваниях; о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах; о переливаниях крови и инъекциях полученных в других медицинских учреждениях; о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течении одного календарного месяца до начала получения Пациентом услуг по настоящему договору; о непереносимости медицинских препаратов , физиотерапевтических воздействиях, аллергических реакциях , о принимаемых медицинских препаратах и биологических добавках , о состоянии своего здоровья, наличия генетических заболеваний у Пациента и ближайших родственников , об имеющейся в анамнезе патологии , перенесенных или имеющихся заболеваниях и инфекциях.

Заказчику разъяснено , что Исполнитель при определении индивидуальных противопоказаний к оказанию медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье Пациента , записанную и внесенную в медицинскую карту Пациента с его слов и на основании предоставленных Пациентом документов. Заказчик согласен , что Исполнитель не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья Пациента , наступившие в результате предоставления Пациентом Исполнителю неполной или недостоверной информации о своем здоровье и возможных рисках, в том числе , указанных в настоящем пункте договора.

**4 . Порядок расторжения и изменения договора**

4.1.Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они выполнены в письменной форме и скреплены подписями сторон.

4.2 Досрочное расторжение договора производится по взаимному согласию Сторон, либо в случаях и порядке предусмотренном действующим законодательством РФ или настоящим договором.

4.3 Договор расторгается в случае отказа Пациента от получения медицинских услуг (п. 2.3 Договора )

4.4 Договор может быть досрочно расторгнут Исполнителем в одностороннем порядке в следующих случаях:

- Нарушения Заказчиком сроков и порядка оплаты оказываемых услуг;

- при нарушении Пациентом принятых обязательств, указанных в п. 3.3 Договора

**5. Ответственность сторон**

5.1 Исполнитель в соответствии с законодательством РФ несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента, при наличии вины Исполнителя .

5.2 Претензии и споры, возникшие между потребителем и медицинским учреждением, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3 Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы , диагностированы и предотвращены

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами по настоящему договору.

6.2 Факт оказания услуг, предусмотренных настоящим договором подтверждается Медицинской документацией Пациента, ведение которой осуществляется Исполнителем , а также подписанном сторонами Актом сдачи-приемки оказанных медицинских услуг .

6.3. Настоящий договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой стороны.

**7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель** ООО «Центр детских и юношеских программ Ми»347905, Россия, Ростовская область, г.Таганрог,ул.Дзержинского,119ОГРН 1086154007532 ИНН 6154557850 КПП 615401001р/с 40702810452230000282к/с 30101810600000000602 БИК 046015602Юго-Западный банк ПАО СБЕРБАНК г. Ростов-на-Донутел/ факс 8-8634-311-117E-mail: mir@center-mir.ru Генеральный Директор ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир » В.А. Луткова ИсполнительАдминистратор ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

 **Пациент**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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\_\_\_\_\_\_\_\_ Заказчик. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 1

К договору на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_\_\_

**Информирование добровольного согласия**

**На получение медицинских услуг на платной основе**

Я, Пациент , получил от Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления платных медицинских услуг и выражаю добровольное желание, получить платные медицинские услуги в ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир» в назначенный срок.

Я, Пациент , выражаю добровольность в получении платных медицинских услугах, в то время как рассмотрел варианты получения медицинских услуг в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе, в рамках государственной программы .

Я, Пациент , ознакомлен с действующим прейскурантом цен и согласен оплатить оказанные мне медицинские услуги в соответствии с прейскурантом.

Мне, Пациенту разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя. в том числе, назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги (услуг), повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я, Пациент , удостоверяю, что текст данного информационного согласия на получение медицинских услуг на платной основе Мной прочитан, мне понятно назначение данного документы, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Стоящее информационное добровольное согласие подписано мною, Пациентом , после предварительной беседы.

Информацию довел\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО и подпись Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

К договору на оказание платных медицинских услуг

№\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоимость услуг по утвержденному прейскуранту

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № по прейскуранту | Наименование услуги | Количество | Цена за единицу | Сумма |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ИсполнительООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019год. |

**АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

**К ДОГОВОРУ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

Общество с Ограниченной ответственностью«Центр детских и юношеских программ «Мир» в лице администратора **Карабутовой Жанны Игоревны , действующей на основании доверенности № 02 от 20 ноября 2018 года,** с одной стороны , именуемый в дальнейшем Исполнитель, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, и а вместе именуемые Стороны, подписали настоящий акт о выполнении услуг по договору № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

 Заказчик принял, а исполнитель оказал следующие услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование услуги | Количество дней | Цена за единицу (руб) | Сумма (руб) |
| Проживание и питание  |  |  |  |
| Медицинские услуги |  |  |  |
| **Итого:** |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:****ООО «Центр детских и юношеских программ «Мир»»**Администратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Карабутова Ж.И.«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 год. |  **Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 год. |

Услуги оказаны в полном объеме, претензий стороны друг к другу не имеют.