|  |  |
| --- | --- |
|  | **ДОГОВОР №** **на оказание платных медицинских услуг** |
|  |
|  |
|  | г. Пенза | \_\_ .\_\_\_\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_ |
|  |  |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "КОНСИЛИУМ", ОГРН 1185835008810, выданный ИФНС Ленинского района г. Пензы, лицензия №001841 ЛО-58-01-002191 (бессрочная) на осуществление медицинской деятельности (перечень медицинских услуг указан в приложениях №1 и №2 к данной лицензии), выданной 10.12.2018 Министерством здравоохранения и социального развития Пензенской области, расположенного по адресу: г. Пенза, ул.Пушкина 163, тел.(8412)48-81-01, в лице Генеральный директор Касатеева Юрия Михайловича, действующего на основании , далее именуемое «Исполнитель», |
|  |
|  |
|  | и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, руководствуясь «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006) заключили настоящий договор о нижеследующем: |
|  | **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** |  |
|  | 1.1. «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» следующие медицинские услуги: |
|  | **№** | **Код** | **Наименование** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
|  |
|  | 1 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Итого:** |  |
|  |  |
|  | 1.2.Медицинские услуги оказываются в рамках одного посещения, в день подписания договора, согласно предварительной записи. |
|  | 1.3. Обязательным условием предоставления медицинских услуг является желание потребителя, наличие подписи в добровольном информированном согласии и уведомлении, а так же возможность «Исполнителя» оказать данную услугу. |
|  | 1.4. «Исполнитель» предупреждает о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 79 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ** |
|  | 2.1. Стоимость медицинской услуги по прейскуранту составляет (приложение кассовый чек): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ копеек. |
|  | 2.2. Медицинская услуга оплачивается «Потребителем» или его законным представителем в размере полной предоплаты в кассу «Исполнителя» в день ее оказания. |
|  |  |
|  | **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** |
|  | 3.1. «Исполнитель» имеет право: |
|  | - определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг; |
|  | 3.2. «Потребитель» имеет право: |
|  | - получить медицинские услуги в сроки и объеме, установленные Договором; |
|  | - отказаться от исполнения договора о выполнении работ (оказании услуг) в любое время, при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору (ст.32 Закона РФ №2300-1 от 07.02.1992г. «О защите прав потребителей»); |
|  | - соблюдать и выполнять все рекомендации врача для достижения положительного результата заказанной медицинской услуги. |
|  | 3.3. «Исполнитель» обязан: |
|  | - оказать платную медицинскую услугу конфиденциально, качественно, своевременно и в соответствии с утвержденными медико-экономическими стандартами (с данными стандартами можно ознакомиться у врача-специалиста); |
|  | - на платной основе, согласно действующему прейскуранту, оформить «Потребителю» финансовые и медицинские документы, связанные с оказанием медицинской услуги; |
|  | 3.4. «Потребитель» обязан: |
|  | - информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; |
|  | - соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинского учреждения (с данными правилами можно ознакомиться в папке у администратора), выполнять все рекомендации врача, посещать клинику в назначенное врачом время. |
|  |  |
|  | **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** |
|  | 4.1. Стороны несут ответственность за выполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством. |
|  |  |
|  | **5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ** |
|  | 5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и завершается получением «Потребителем» услуг, которое оформляется записью врача специалиста. |
|  | 5.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. |
|  | 5.3. Все споры и разногласия решаются путем переговоров, а в случае недостижения согласия – в соответствии с действующим законодательством РФ. |
|  |  |
|  | **6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** |
|  | «Исполнитель»: | «Потребитель»: |
|  | ООО "КОНСИЛИУМ" | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | 440052, Пензенская обл, Пенза г, Калинина ул, дом № 22А, помещение 2 | Адрес местожительства: |
|  | Телефон/факс: +8 (8412) 79-66-44/ |  |
|  | ИНН/КПП: 5836687177/583601001 | Телефон: |
|  | Банк: ПЕНЗЕНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ N8624 ПАО СБЕРБАНК | тел |
|  | р/с: 40702810648000005151 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | БИК: 045655635 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | «Исполнитель»:Генеральный директорКасатеев Юрий Михайлович | «Потребитель»:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **УВЕДОМЛЕНИЕ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Я, , до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, уведомлен(-а), о том, что для получения положительных результатов лечения я должен(-на) исполнять назначения и рекомендации медицинского персонала ООО «Консилиум». |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Я уведомлен(-а) о том, что должен (-на) сообщить врачу обо всех имеющихся у меня известных мне проблемах со здоровьем, аллергических реакциях и пр. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Я уведомлен (-а) о том, что нарушение врачебных рекомендаций, режима, предписанного врачом, а также сокрытие информации о моем здоровье может снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Я, получив полную информацию о местонахождении учреждения (его гос. регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая ведения о квалификации и сертификации специалистов ООО «Консилиум», даю согласие на заключение договора на добровольной основе. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |