

ДОГОВОР № _____ от _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Сургут

_____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинская клиника «Доктороф»», ИНН/КПП 8602311110 / 860201001, ОГРН 1238600006446, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01350-86/01062076 от 15.02.2024 г., выдана бессрочно Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, адрес места осуществления деятельности: 628412, ХМАО-Югра, г. Сургут, ул. Энгельса, д. 12, этаж 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Фурсова Георгия Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

Пациент: _____

паспорт: _____ № _____

выдан: _____

дата: _____ код подразделения: _____

зарегистрирован по адресу: _____

именуемый в дальнейшем «Пациент», совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент обязуется принять и оплатить такие услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

1.2. Перечень, объем, последовательность, сроки и стоимость медицинских услуг определяются Планом лечения (Приложение № 1), Прейскурантом Исполнителя, а также медицинской документацией Пациента.

1.3. Медицинские услуги оказываются в соответствии с лицензией Исполнителя, требованиями Федерального закона № 323-ФЗ, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, порядками оказания медицинской помощи, стандартами и клиническими рекомендациями.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Пациент имеет право:

2.1.1. На получение медицинской помощи надлежащего качества.

2.1.2. На получение информации о состоянии своего здоровья, методах лечения, рисках, возможных осложнениях и разумных альтернативах.

2.1.3. На отказ от медицинского вмешательства в порядке, установленном законодательством РФ.

2.1.4. На получение копий и выписок из медицинской документации в порядке, предусмотренном ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предоставлять Исполнителю полную, достоверную и актуальную информацию о состоянии своего здоровья.

Подпись пациента _____

- 2.2.2. Выполнять назначения и рекомендации лечащего врача.
- 2.2.3. Соблюдать режим лечения и правила внутреннего распорядка медицинской организации.
- 2.2.4. Своевременно оплачивать медицинские услуги.
- 2.2.5. Незамедлительно сообщать о любых изменениях состояния здоровья.

2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. Самостоятельно определять методы диагностики и лечения в соответствии с клиническими рекомендациями.
- 2.3.2. Привлекать соисполнителей для оказания медицинских услуг.
- 2.3.3. Приостанавливать оказание услуг при нарушении Пациентом условий Договора (за исключением неотложных состояний).

2.4. Исполнитель обязан:

- 2.4.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ.
- 2.4.2. Вести медицинскую документацию в установленном порядке.
- 2.4.3. Информировать Пациента о ходе лечения и возможных изменениях Плана лечения и его стоимости.

3. КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Оценка качества оказания медицинской помощи осуществляется исключительно на основании объективных критериев, а именно соответствия действий Исполнителя (медицинских работников) клиническим рекомендациям, стандартам и порядкам оказания медицинской помощи, утвержденным в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

3.2. Субъективные ожидания Пациента относительно результата лечения не являются юридически значимым критерием оценки качества медицинской услуги.

3.3. Даже при отсутствии ожидаемого Пациентом результата медицинская услуга не может быть признана некачественной, если Исполнитель предпринял все необходимые и возможные профессиональные действия с должной степенью заботливости и осмотрительности.

3.4. Пациенту разъяснено и им подтверждено понимание того, что медицина не является точной наукой, а результат лечения не может быть гарантирован, в том числе при соблюдении всех стандартов, порядков и клинических рекомендаций.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату оказания соответствующей услуги.

4.2. Оплата медицинских услуг производится Пациентом в размере от 50 % до 100 % стоимости Плана лечения в день подписания настоящего Договора либо в ином согласованном Сторонами порядке.

4.3. Факт оплаты подтверждается выдачей Пациенту документа установленной формы.

5. ОТКАЗ ОТ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Пациент вправе отказаться от продолжения лечения (медицинского вмешательства) в любое время.

5.2. В случае отказа Пациента Исполнитель возвращает денежные средства за не оказанные медицинские услуги, за вычетом:

Подпись пациента _____

а) стоимости фактически оказанных медицинских услуг (манипуляций), которые подлежат оплате по действующему Прейскуранту на момент расторжения Договора;

б) документально подтвержденных расходов, понесенных Исполнителем непосредственно в связи с подготовкой к медицинскому вмешательству, если отказ Пациента последовал после начала такой подготовки.

5.3. К расходам, указанным в п. 5.2. «б», могут относиться, в частности (но не исключительно):

— приобретение медицинских изделий, лекарственных препаратов и расходных материалов, предназначенных индивидуально для Пациента и не подлежащих повторному использованию;

— расходы, связанные с привлечением медицинского персонала и операционной бригады;

— расходы на подготовку операционной, оборудования и медицинских изделий;

— иные расходы, понесенные Исполнителем до момента отказа Пациента и подтвержденные первичными учетными документами.

5.4. Отказ Пациента от запланированного медицинского вмешательства менее чем за 24 часа до назначенного времени его проведения приравнивается к отказу после начала подготовки к вмешательству.

5.5. При расчёте суммы к возврату предоставленные Пациенту скидки, акции и специальные условия аннулируются.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несёт ответственности за ухудшение состояния здоровья Пациента, возникшее вследствие:

— нарушения Пациентом рекомендаций врача;

— предоставления неполной или недостоверной информации;

— индивидуальных особенностей организма Пациента;

— отказа Пациента от лечения либо его прерывания.

7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

7.1. Сведения о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и лечении Пациента составляют врачебную тайну.

7.2. Обработка персональных данных осуществляется в соответствии с Федеральными законами № 152-ФЗ и № 323-ФЗ.

7.3. Фото- и видеосъёмка может осуществляться исключительно для целей медицинской документации.

7.4. Использование изображений Пациента в рекламных и информационных целях допускается только при наличии отдельного письменного согласия Пациента.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения обязательств.

Подпись пациента _____

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

9.3. Пациент подтверждает, что условия настоящего Договора ему понятны, не содержат двусмысленных толкований и разъяснены в полном объеме.

РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Общество с ограниченной ответственностью
«Медицинская клиника «Доктороф»»
Юридический адрес: 628412, Ханты-Мансийский
Автономный Округ - Югра автономный округ, г. Сургут,
ул. Энгельса, зд.12, этаж 1
Место оказания услуг: 628412, Ханты-Мансийский
Автономный Округ - Югра автономный округ, г. Сургут,
ул. Энгельса, зд.12, этаж 1
Телефон: 8 (3462) 98-20-20
ИНН 8602311110 ОГРН 1034637005347
КПП 860201001 БИК 047102651
Расчетный счет: 40702810367170002394
Корреспондентский счет: 30101810800000000651
ЗАПАДНО-СИБИРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8647 ПАО
«СБЕРБАНК» л/с 20446Х28650)

Пациент

ФИО: _____
Паспорт: _____ номер _____
Выдан: _____
Адрес: _____
Телефон: _____
E-mail: _____

Исполнитель

_____/_____
мп (подпись) (ФИО)

Пациент

_____/_____
(подпись) (ФИО)

Подпись пациента _____