**Д О Г О В О Р № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**возмездного оказания медицинских работ (услуг)**

**г. Ростов-на-Дону «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Центр медицинских осмотров», адрес местонахождения: 344010, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.Максима Горького, 149/95,, ОГРН № 1136164003942; лицензия на осуществление медицинской деятельности от 11.11.2020. № ЛО-61-01-007882, выданная бессрочно Министерством Здравоохранения Ростовской области (344029, г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии 33, тел. 8 (863) 242-42-14), в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается полностью фамилия, имя, отчество; число, месяц и год рождения)

паспорт: серия, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (когда и кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

адресместа жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги: **\_\_\_\_\_(спецификация)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1.2. Увеличение объема оказываемых медицинских услуг возможно при наличии соответствующих оснований и осуществляется по согласованию сторон, в соответствии с дополнительным соглашением к настоящему договору.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

2.1 .Стоимость медицинских услуг, указанных в п.1.1. настоящего договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.2. Заказчик (либо другое лицо) осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг.

2.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Заказчика (когда это не связано с ненадлежащим выполнением или невыполнением Исполнителем условий настоящего договора) внесенная им оплата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг и суммы понесенных им убытков, связанных с досрочным расторжением договора.

2.5.Медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Информировать в доступной форме Заказчика о том, что он вправе получить медицинскую помощь по оказываемому виду медицинских услуг по настоящему договору в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в РО в муниципальных, областных, краевых, республиканских и прочих медицинских лечебных учреждениях РФ.

3.1.2.Обеспечить предоставление медицинских услуг с использованием методов и технологий, разрешенных на территории РФ.

3.1.3. Предоставлять Заказчику по его просьбе информацию, в т.ч. копии медицинской документации, в соответствии с законодательством.

3.1.4.Оказывать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в соответствии с режимом работы лечебного учреждения в течение срока, указанного в разделе 5 настоящего договора.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну.

3.1.6. Извещать Заказчика о возникших обстоятельствах, наличие которых может повлиять на изменение условий настоящего договора.

3.1.7.Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

**3.2. Исполнитель вправе:**

3.2.1. Получать от Заказчика информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг.

3.2.2. Требовать от Заказчика определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг.

3.2.3. Оказывать медицинские услуги только после выполнения Заказчиком условий п.п. 2.2.-2.4. раздела 2 настоящего договора.

3.2.4. Требовать от Заказчика соблюдения всех условий настоящего договора.

**3.3. Заказчик обязан:**

3.3.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.3.2. Выполнять требования лечащего врача, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой для этого информации, предоставление необходимой медицинской документации.

3.3.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка медицинского учреждения, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**3.4. Заказчик вправе:**

3.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных медицинских услугах, а также копий медицинской документации.

3.4.3. Не оплачивать дополнительных медицинских услуг, предоставление которых не было согласовано с ним.

3.4.4. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, указанных в настоящем договоре.

**3.5.** Заказчик подписью в договоре подтверждает свое желание на получение платных медицинских услуг в ООО «Центр медицинских осмотров» и информирован о том, что в соответствии с Федеральным Законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ, медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС, может быть оказана бесплатно в лечебных учреждениях РФ за счет средств ОМС.

**4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет предусмотренную действующим законодательством ответственность за невыполнение или ненадлежащее выполнение условий настоящего договора

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что невыполнение или ненадлежащее выполнение условий настоящего договора произошло вследствие действия непреодолимой силы, по вине самого Заказчика, в иных случаях, предусмотренных законодательством.

**5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания. Срок действия настоящего договора распространяется на период оказания медицинских услуг, указанных в п.1.1. настоящего договора.

5.2. Срок оказания медицинских услуг: с момента подписания сторонами договора до полного исполнения сторонами договорных обязательств, но не более 30 календарных дней, начиная с даты подписания договора.

5.3.Срок оказания медицинских услуг по настоящему договору может быть изменен по согласованию сторон, оформленному в виде дополнительного соглашения к настоящему договору, по объективным причинам при наличии соответствующих оснований.

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. .Настоящий договор, может быть, расторгнут досрочно:

- по инициативе Заказчика в письменном виде;

- в связи с нарушением Исполнителем или Заказчиком условий настоящего договора;

- при наличии иных обстоятельств, предусмотренных законодательством РФ.

6.2. Изменения и дополнения настоящего договора производятся в письменной форме по соглашению сторон.

6.3. В случае отказа «Потребителя» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом «Заказчик» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением настоящего договора при не достижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством РФ, с соблюдением досудебного претензионного порядка урегулирования спора и сроком рассмотрения претензии - 10 дней.

7.2. По всем вопросам, не урегулированным в настоящем договоре, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.3. Настоящий договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.4. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» Заказчик дает согласие на обработку своих персональных данных, а именно: совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона № 152-ФЗ со всеми данными, которые находятся в распоряжении Исполнителя с целью предоставлять сведения в случаях, предусмотренных федеральными законами и иными нормативно-правовыми актами

**«ЗАКАЗЧИК» «ИСПОЛНИТЕЛЬ»**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)    паспорт: серия, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан (когда и кем) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ООО «Центр медицинских осмотров»**  Адрес: 344010, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул.Максима Горького, 149/95  ИНН 616 431 24 19 КПП 616 401 001 ОГРН 11361640039 42 Тел (863)333-22-82    Администратор по доверености\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Печать |

Приложение N 1

**Информированное добровольное согласие**

на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения,

зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможнее варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального

закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

(дата оформления)