

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг.

г. Северодвинск _____ « _____ » _____ 20 ____ года

Общество с ограниченной ответственностью «Оптик-Центр» (Свидетельство серия 29 № 000665899 от 16.07.2003 г., выданное Межрайонной ИФНС России № 9 по Архангельской области и НАО, лицензия № ЛО-29-01-000432 от 19.08.2010 г. выданная Министерством здравоохранения и социального развития Архангельской области Инспекции контроля качества и лицензирования медицинских услуг Архангельской области, находящаяся по адресу: 163004, г. Архангельск, проспект Троицкий, д.49, телефон: (8182) 45-45-00), на осуществление медицинской деятельности, в лице директора Волбушко Сергея Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и гражданин(ка) РФ

_____ ,
именуемого в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту следующие медицинские услуги:

(далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Виды диагностического обследования и лечения, рекомендованные Пациенту, указаны в Приложении N 1 к Договору, являющемся его неотъемлемой частью.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Пациент обязуется:

- 2.1.1. оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора;
- 2.1.2. сообщить врачу полные сведения о своем здоровье (анамнез);
- 2.1.3. выполнять все указания врача при выполнении Исполнителем медицинских услуг;
- 2.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;
- 2.1.5. выполнять назначения и рекомендации, данные Исполнителем;
- 2.1.6. подписать в соответствии с законодательством Информированное согласие (Приложение № 2) договора.

2.2. Пациент имеет право:

- 2.2.1. требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг;
- 2.2.2. получать от Исполнителя информацию о предоставляемых медицинских услугах в соответствии с законами и иными нормативными актами;
- 2.2.3. получать медицинские услуги, соответствующие обязательным требованиям медицинских стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи;
- 2.2.4. отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги;

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;
- 2.3.2. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;
- 2.3.3. в случае невыполнения взятых обязательств возместить Пациенту стоимость лечения.
- 2.3.4. обеспечить Пациента информацией, согласно законодательства РФ. Предоставить Пациенту сведения о характере оказываемых медицинских услуг, в том числе о возможных неблагоприятных последствиях, о требованиях, обеспечивающих качественное оказание медицинских услуг, а также о возможных последствиях несоблюдения данных требований, об обстоятельствах, зависящих от Пациента которые могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги.

2.4 Исполнитель имеет право:

2.4.1. в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору в случае выявления противопоказаний или при неисполнении Пациентом требований врача и условий настоящего договора;

2.4.2. в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом и составляет:
_____ (_____) рублей.
(указать сумму цифрами и прописью)

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

4. Ответственность сторон

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту таким неисполнением.

4.2. В случае причинения вреда здоровью или жизни Пациента по вине Исполнителя он несет ответственность в соответствии с законодательством РФ.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

4.4. Пациент несет ответственность, предусмотренную законодательством и договором за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, нарушения врачебных рекомендаций, сокрытия состояния своего здоровья.

5. Прочие условия

5.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.

5.3. Настоящий Договор признается заключенным с момента оплаты его Пациентом.

5.4. Сроком окончания Договора признается время окончания оказания медицинской услуги.

5.5. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

Согласие на предоставление и обработку персональных данных

Я,

В соответствии с требованиями Федерального Закона № 152-ФЗ «О персональных данных» 27.07.06 г. предоставляю ООО «Оптик – Центр» свои персональные данные: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, номера контактных телефонов, реквизиты полисов ОМС, ДМС, лицевой номер индивидуальный лицевого счета (СНИЛС) в ПФР РФ, данные о состоянии моего здоровья, случаях обращения за медицинской помощью и оказания медицинских услуг. Я даю согласие на обработку моих персональных данных ООО «Оптик – Центр» включающих сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, исполнение, блокирование, уничтожение, обезличивание предоставляемой мной персональных дней.

Я проинформирован (на) и не возражаю против того что обработка моих персональных данных будет осуществляться уполномоченным на то работником ООО «Оптик – Центр», а так же на передачу моих персональных данных третьим лицам, во исполнение ООО «Оптик – Центр» своих обязательств по работе в системе ОМС и ДМС, путем внесения их в документы и отчетные формы, регламентирующие предоставление данных полисам ОМС и ДМС

Настоящие согласие действует на весь срок действия настоящего договора об оказании медицинских услуг.

Подпись _____

6. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Пациент
<p>Общество с ограниченной ответственностью «Оптик-Центр»</p> <p>164500, г. Северодвинск, ул. Ломоносова, д. 73</p> <p>office@moda-optic.ru</p> <p>телефон/факс (8 8184) 52-96-33</p> <p>ИНН 2902045814 КПП 290201001</p> <p>ОГРН 1032901007853</p> <p>ОКВЭД 85.1</p> <p>Р/счет 40702810204000000113</p> <p>Архангельское отделение № 8637 ОАО «Сбербанк России»</p> <p>Кор/счет 301018110100000000601</p> <p>БИК 041117601</p> <p>Директор ООО «Оптик-Центр»</p> <p>_____ С.В. Волбушко</p> <p>М.П.</p>	<p>Фамилия _____</p> <p>Имя _____</p> <p>Отчество _____</p> <p>Адрес _____</p> <p>_____</p> <p>Дата рождения _ _ _ _ _</p> <p>Паспорт серии _____ номер _____</p> <p>выдан кем _____</p> <p>_____</p> <p>дата выдачи _____</p> <p>код подчиненности _____</p> <p>_____</p> <p><i>Пациент при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых услуг, лицензией, стоимостью и порядком их предоставления, уведомлен о профессиональном образовании и квалификации медицинского работника, а также о том, что после оказания медицинской услуги для него могут наступить возможные негативные последствия (возможные осложнения, дискомфорт во время и после лечения и пр.). Пациент также информирован о возможности получения медицинских услуг, являющихся предметом настоящего договора, бесплатно, при наличии показаний - в учреждении здравоохранения по месту жительства</i></p> <p>/ _____ / _____ /</p>

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, Пациент, в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Оптик-Центр», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

- 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 сведения о льготах, о квалификации и сертификации специалистов, даю согласие на оказание мне услуг и ответственен(а) за их оплату.
- Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое лечение (диагностика) мне не гарантирует положительный результат и я согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской услуги не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Оптик-Центр» не несет ответственности за их возникновение.
- Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять назначения и рекомендации врача ООО «Оптик-Центр».
- Я понимаю, что должен сообщить врачу обо всех имеющихся у меня и известных мне проблемах со здоровьем: аллергических реакциях и других.
- Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, а также сокрытие информации о моем здоровье может способствовать некачественному оказанию медицинской услуги.
- Я утверждаю, что получил полную информацию о характере выбранной мной услуги: медицинской технологии ее оказания, особенностях взаимодействия с организмом, возможных результатах ее применения.
- Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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), в том числе после смерти:

(ФИО (при наличии) гражданина, контактный телефон)

- Я ознакомлен со всеми пунктами настоящего документа и согласен с ними
- Беседу провел врач – офтальмолог _____
- Я, нижеподписавшийся, в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных ООО «Оптик-Центр» расположенной по адресу г. Северодвинск, ул. Ломоносова, д. 73.

/ _____ / _____ /