**Договор на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_**

**г. Тамбов «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.**

ООО «Здоровье» действующее на основании лицензии № ЛО-68-01-000712 от 6 августа 2014 года в лице генерального директора Кудачкина А.В.., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин (ка) РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. кем:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1.Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором, Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявленным к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговаривается действующим прейскурантом Исполнителя и оговаривается в п.3.1. настоящего Договора.

1.3. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

1.4. Медицинские услуги осуществляются медицинским персоналом ООО «Здоровье».

2.Сведения об Исполнителе

2.1. Исполнитель внесен в Единый государственный реестр юридических лиц № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( Свидетельство серии 68 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдано Инспекцией Федеральной службы по городу Тамбову \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

2.2. Исполнитель имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности (Лицензия № ЛО-68-01-000712 от 6 августа 2014г., выдана Управлением здравоохранения Тамбовской области ). 2.3.Перечень выполняемых работ (услуг) в рамках лицензии: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико-санитарной помощи выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : медицинскому массажу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : организации здравоохранения и общественному здоровью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : косметологии,физиотерапии.2.4. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность по адресу: г. Тамбов, ул. Пирогова 22А

3. Содержание и порядок оплаты услуг

3.1. Исполнитель обязуется предоставить, а Пациент оплатить следующую медицинскую услугу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стоимость которой, согласно прейскуранту Исполнителя составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.,(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) НДС не облагается (п.п. 2п. 2ст. 149 НК РФ, Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2001 гю, №132).

3.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

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

4. Права и обязанности сторон

4.1. Пациент обязуется:

4.1.1. оплачивать медицинские услуги в размере и порядке, указанном в п. 2 настоящего Договора;

4.1.2. до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на лечение (см. приложение1);

4.1.3. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

4.1.4. соблюдать график приема врачей-специалистов;

4.1.5. соблюдать внутренний режим Исполнителя;

4.1.6. при прохождении курса лечения сообщить лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

4.1.7. отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголе содержащих напитков;

4.1.8. согласовывать с лечащим врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.;

4.2. пациент имеет право:

4.2.1. требовать от Исполнителя предоставление сведений о наличии лицензии и прейскуранта цен на медицинские услуги;

4.2.2. выбирать лечащего врача (с его согласия);

4.2.3. получать от Исполнителя для ознакомления любые сведения о состоянии своего здоровья, протекания лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов и т.д.;

4.2.4. отказаться от медицинского вмешательства;

4.2.5. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии, кроме случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

4.2.6. дать добровольное согласие на медицинское вмешательство (см. приложение 1);

4.2.7. отказаться в письменной форме от получения медицинской услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму за вычетом Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

4.3. Исполнитель обязан:

4.3.1. оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре;

4.3.2. за период прохождения курса лечения добиться улучшения состояния Пациента;

4.3.3. не использовать без согласия Пациента способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью и самочувствию Пациента;

4.3.4. соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну), кроме обстоятельств, предусмотренных российским законодательством.

4.4. Исполнитель имеет право:

4.4.1. требовать от Пациента соблюдения: графика прохождения процедур, режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.4.2. по своему усмотрению продлить курс лечения Пациента;

4.4.3. в одностороннем порядке приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств;

5. Ответственность сторон

5.1. В случае ненадлежащего исполнения медицинской услуги Пациент по своему выбору вправе потребовать:

-безвозмездного устранения недостатков предоставленной услуги;

-соответствующего уменьшения цены предоставляемой услуги;

-возмещения понесенных Пациентом расходов по устранению недостатков полученной им услуги.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что это произошло вследствие неопределимой силы, нарушения Пациентом своих обязанностей или по другим причинам, независящим от Исполнителя.

6. Конфиденциальность

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информации. О факте обращения за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении ( врачебная тайна).

6.2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях предусмотренных законодательством Российской Федерации.

7. Прочие условия

7.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путём переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и завершается получением Пациентом медицинской услуги.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: Пациент:

ООО «Здоровье»

Адрес: 392000,г.Тамбов

392020, Тамбовская обл., г. Тамбов

З.Космодемьянской ул., дом №1

ИНН 6829092533 КПП 682901001

Р/счет 40702810361000090123

Тамбовское отделение №8594

ПАО СБЕРБАНК

к/счет 30101810800000000649

БИК 046850649

Генеральный директор

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Кудачкин А.В../ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

М.П.Приложение 1

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |
| --- |
| Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Являюсь законным представителем ( мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным:  (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина-полностью, год рождения) |

Добровольно обратился (обратилась) за оказанием медицинской помощи в «Дом красоты Спасибо», принадлежащий ООО «Здоровье».

Мне согласно моей воле даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

-Я ознакомлен (лена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

-Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и медицинских процедур:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

-Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

-Я предупредил (предупредила) лечащего врача о наличии у меня аллергических реакций или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

-Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

-Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

-Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись)