Уважаемый пациент! Несоблюдение Вами указаний (рекомендаций) лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Baшeгo здоровья.

СК/ОРГ

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

г*.* Санкт-Петербург «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью "Медсанчасть № 67", в соответствии с действующей лицензией на медицинскую деятельность (см. Приложение №1), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Мельниченко Александра Андреевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, именуемые в дальнейшем "Стороны", заключили настоящий Договор (далее - Договор) о нижеследующем:

1. Пациент по своему желанию, выраженному в Информированном добровольном согласии (Приложение №2), поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги (далее - Услуги): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Стоимость оказываемых Услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. Срок предоставления медицинских услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Исполнитель обязан:

2.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией по оказываемым в рамках исполнения Договора медицинским услугам.

2.2. Оказывать медицинские услуги надлежащего качества, в порядке и в сроки, определенные настоящим Договором.

2.3. Выдать Пациенту документ (контрольно-кассовый чек), подтверждающий оплату предоставленных медицинских услуг.

3. Исполнитель имеет право:

3.1. Отказать Пациенту в оказании Услуг при выявлении у него медицинских противопоказаний, либо при нарушении им общественного порядка.

3.2. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза и оказания неотложной медицинской помощи.

4. Пациент обязан:

4.1. В соответствии с прейскурантом Исполнителя, с котором Пациент ознакомился до заключения Договора, осуществить предварительную 100% оплату Услуг.

4.2. Сообщить лечащему врачу все известные ему сведения о состоянии своего здоровья, которые могут повлиять на ход оказания Услуги.

4.3. Выполнять все врачебные назначения Исполнителя для достижения надлежащего качества Услуги.

5. Пациент имеет право:

5.1. Получать в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, об используемых при оказании Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

6. Предоставление Услуг по Договору производится по предварительной записи в регистратуре личноили по телефонам: 427-23-33, 317-07-67.

7. Очередность приема пациентов (время начала оказания Услуги) определяется предварительной записью, за исключением сложных клинических случаев и случаев оказания неотложной медицинской помощи. В таких случаях время начала оказания Услуг может быть перенесено на болеепоздний срок.

8. Содержание, сроки и объем оказываемых Услуг отражаются в медицинской карте амбулаторного больного, являющейся собственностью Исполнителя.

9. Споры по выполнению условий Договора могут быть разрешены путем переговоров с представителями постоянно действующей врачебной комиссии Исполнителя.

10. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров, они подлежат рассмотрению в арбитражном суде г. Санкт-Петербурга (Ленинградской области) в установленном законодательством порядке.

11. Пациент, в соответствии с требованиями и в рамках федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152- ФЗ, дает свое согласие на обработку своих персональных данных (в том числе, и с использованием информационной системы персональных данных) Исполнителем, включая: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС (OMC), страховой номер СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинскогодиагноза и оказания Услуг. Срок хранения персональных данных Пациента составляет пять лет.

12. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

13. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

1 5. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу — по одному для каждой из Сторон.

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

От Исполнителя  Мельниченко А.А. Пациент: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Приложение №1

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЈІЕ

Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью "Медсанчасть № 67", ООО "Медсанчасть №67".

Юридический адрес и адрес места нахождения: 198516, Санкт-Петербург, город Петергоф, Санкт-Петербургский проспект, дом 60, литера Ю.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № 78-01-003917, выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 20.09.2013г.

Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ: от 07.02.2003г., выдано MHC РФ №3 по Санкт-Петербургу, ОГРН

1037841002275

Приложение №2

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 МЗ и CP РФ от 23.04.20l2r. № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью "Медсанчасть № 67" медицинским работником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные 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. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее-ФЗ-323).

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 ФЗ-323 может быть передана информация о состоянии моего здоровья:

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

Дата: «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента:

Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_