Уважаемый пациент! До заключения договора Исполнитель уведомляет Вас, как Потребителя платной медицинской услуги, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, 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 Вашего здоровья.

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

г. Санкт-Петербург \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность серия \_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

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

1. Исполнитель обязуется:

2.1. Обеспечить Потребителя 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. После исполнения Договора выдать Потребителю (по мере их готовности) медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, без взимания дополнительной платы.

2.4. Выдавать по запросу Потребителя копии медицинских документов, выписки из медицинских документов в течении 14 календарных дней после регистрации запроса Исполнителем.

2.5. Выдать Потребителю документ (контрольно-кассовый чек), подтверждающий оплату предоставленных медицинских услуг.

1. Исполнитель имеет право:
2. Отказать Потребителю в оказании Услуг при выявлении у него медицинских противопоказаний, либо при нарушении им правил поведения пациента в медицинских организациях.
3. В случае возникновения неотложных состояний у Потребителя самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза и оказания неотложной медицинской помощи.

4. Потребитель обязуется:

1. В соответствии с прейскурантом Исполнителя, с которым Потребитель ознакомился до заключения Договора, осуществить предварительную 100% оплату Услуг путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя.
2. Сообщить лечащему врачу все известные ему сведения о состоянии своего здоровья, которые могут повлиять на ход оказания Услуги.
3. Выполнять все врачебные назначения Исполнителя для достижения надлежащего качества Услуги.
4. Потребитель подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
5. Потребитель подтверждает, что уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
6. Потребитель имеет право:

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

1. Предоставление Услуг по Договору производится по предварительной записи в регистратуре лично или по телефону: 317-07-67
2. 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 более поздний срок.
3. Содержание, сроки и объем оказываемых Услуг отражаются в медицинской карте амбулаторного больного, являющейся собственностью Исполнителя.
4. Споры по выполнению условий Договора могут быть разрешены путем переговоров с представителями постоянно действующей врачебной комиссии Исполнителя.
5. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.
6. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
7. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.
8. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров, они подлежат рассмотрению в арбитражном суде г. Санкт-Петербурга (Ленинградской области) в установленном законодательством порядке.
9. Потребитель, 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, паспортные данные, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса ДМС (ОМС), страховой номер СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания Услуг. Срок хранения персональных данных Потребителя составляет пять лет.
10. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
11. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
12. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.
13. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из Сторон.

От Исполнителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.А. Мельниченко Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение №1

СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

**Наименование и фирменное наименование:** Общество с ограниченной ответственностью "Медсанчасть № 67", ООО "Медсанчасть № 67", ОГРН 1037841002275, ИНН 7819022673.

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

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности**: № Л041-01148-78/00289966, срок действия: бессрочно,

выдана Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга 20.09.2013г.

**Перечень предоставляемых работ (услуг)**:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

лабораторной диагностике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гастроэнтерологии; гериатрии; дерматовенерологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; мануальной терапии; неврологии; онкологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; рентгенологии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности;

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым).

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: профпатологии;

При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи;

При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

Приложение №2

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 23.04.2012г. № 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Время: \_\_\_\_\_\_\_ Подпись потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись медицинского работника:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_