**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Новосибирск «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника семейного здоровья» (ООО «Клиника семейного здоровья»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя ООО «МедБиКо» - Управляющей организации ООО «Клиника семейного здоровья» Шрайнер Евгении Владимировны, действующего на основании Доверенности № 29-23 от 01.01.2023 года и договора о передаче полномочий единоличного исполнительного органа Управляющей организации от 03 октября 2016 года, с одной стороны, и

|  |
| --- |
| *(заполняется в случае подписания договора пациентом в возрасте от 15 до 18 лет с согласия законного представителя)*    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. пациента)  именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель (пациент)», действующий с согласия законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого(ой) в дальнейшем «Законный представитель»,  (Ф.И.О. законного представителя) |

*ИЛИ*

|  |
| --- |
| *(заполняется в случае подписания договора законным представителем пациента в возрасте от 15 до 18 лет)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего ребенка в возрасте старше 15 лет (для больных наркоманией – старше 16 лет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  (Ф.И.О. пациента)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемого в дальнейшем Потребитель (пациент), |

с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ:

Сведения об Исполнителе:

1.Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Клиника семейного здоровья», ООО «Клиника семейного здоровья»;

2. Адрес места нахождения: 630090, г. Новосибирск, пр. Академика Коптюга, д.13 офис 8;

3. Адрес места оказания медицинских услуг: 630090, г. Новосибирск, пр. Академика Коптюга, д. 13;

4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации серия 54 номер 005161010, ОГРН 1165476187590, выдано 07.11.2016 межрайонной инспекцией ИФНС России №16 по Новосибирской области;

5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № Л041-01125-54/00324729 от 24 декабря 2020 года, выданная Министерством здравоохранения Новосибирской области (адрес: г. Новосибирск, Красный проспект, 18, тел.: 8 (383) 238-63-63).

Лицензия Исполнителя размещена в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http:// www.cnmt.ru.

Сведения о Потребителе (пациенте):

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

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

(фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)

Телефон Потребителя (пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Сведения о Законном представителе:

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

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

(фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)

Телефон Законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Документ, подтверждающий статус законного представителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документа (свидетельство о рождении ребенка или наименование

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

документа, подтверждающего статус опекуна несовершеннолетнего), серия, номер, дата выдачи документа)

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Потребителю (пациенту) медицинские услуги, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию Потребителя (пациента), а Законный представитель обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01125-54/00324729 от 24 декабря 2020 года, выданной Министерством здравоохранения Новосибирской области.

1.3. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю (пациенту), указаны в действующем прейскуранте Исполнителя (прейскурант размещен на информационном стенде и официальном сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» http:// www.cnmt.ru). Виды медицинской деятельности Исполнителя указаны в лицензии, копии которой предоставляется по требованию Потребителя (пациента)/Законного представителя.

1.4. Смета на предоставление платных медицинских услуг составляется по требованию Законного представителя /Потребителя (пациента). Смета, в случае ее составления, оформляется Приложением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

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

2.1. Исполнитель предоставляет медицинские услуги:

2.1.1. на иных условиях, чем предусмотрено программами обязательного медицинского страхования (базовой, территориальной) и/или целевыми программами, по желанию Потребителя (пациента) с учётом медицинских показаний/противопоказаний;

2.1.2. при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

2.1.3. гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на её территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

2.1.4. при самостоятельном обращении Потребителя (пациента) за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ), и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

2.2. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (пациента) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Законного представителя.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Пациента).

2.4. Законный представитель и Потребитель (пациент) дают Исполнителю согласия на обработку необходимых персональных данных Законного представителя/Потребителя (пациента), в объеме и способами, установленными Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

2.5. Исполнитель оказывает услуги после подписания настоящего договора сторонами. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Потребителем (пациентом) желания их получить, либо в срок, который Потребитель (пациент) установил как дату явки на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется, исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально.

2.6. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещениях в ООО «Клиника семейного здоровья» по адресу: г. Новосибирск, пр. Академика Коптюга, д. 13, а также в медицинских организациях, имеющих с Исполнителем соответствующие договоры, в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и доводятся до сведения Законного представителя/Потребителя (Пациента).

2.7. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01125-54/00324729 от 24 декабря 2020 года), порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи (медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо, по просьбе Потребителя (пациента), в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем стандарта медицинской помощи), иными действующими нормативными документами.

2.8. Законный представитель и Потребитель (пациент) предоставляют Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.9. Исполнитель предоставляет Потребителю (Пациенту) и, с письменного согласия Потребителя (пациента), Законному представителю, по его (их) требованию и в доступной для него (них) форме информацию: о состоянии здоровья Потребителя (пациента), включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.10. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности полученной от Законного представителя/Потребителя (пациента) информации и сохранение врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

2.11. Потребитель (пациент) незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях в самочувствии и состоянии своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.12. С согласия Потребителя (пациента) допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам в интересах обследования и лечения Потребителя (пациента), для определения критериев качества оказанной медицинской помощи, для проведения научных исследований, публикации в научной литературе, использования этих сведений в учебном процессе и в иных целях.

2.13. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Законного представителя и Потребителя (пациента). Без согласия Законного представителя и Потребителя (пациента) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.14. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента) при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Потребитель (пациент) обязан:**

3.1.1. заботиться о сохранении своего здоровья;

3.1.2.предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья. Потребитель (пациент) обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесѐнных ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах, патологических и физиологических зависимостях (алкогольной, наркотической), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых лекарственных препаратах;

3.1.3.выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья;

3.1.4. соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания услуг;

3.1.5. удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения и иные медицинские документы и рекомендации, требующие его подписи;

3.1.6.соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы медицинской организации;

3.1.7. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Потребителем (пациентом) настоящего Договора;

3.1.8. заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя (пациента) более, чем на 10 минут по отношению к назначенному Потребителю (пациенту) времени получения услуги, стороны согласовывают новые дату и время оказания Потребителю (пациенту) медицинских услуг;

**3.2. Законный представитель обязан:**

3.2.1. удостоверить личной подписью необходимые для исполнения настоящего договора документы, требующие его подписи;

3.2.2. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Законным представителем настоящего Договора;

3.2.3. оплатить оказанные Потребителю (пациенту) услуги в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором;

**3.3. Законный представитель /Потребитель (пациент) имеет право:**

3.3.1.на получение в доступной форме информации об Исполнителе услуги и самой услуге;

3.3.2. на безопасность услуги;

3.3.3. на соблюдение Исполнителем сроков оказания услуги, исходя из специфики;

3.3.4. на оказание услуг надлежащего качества при соразмерности предпринятых в условиях обоснованного риска усилий, тяжести патологического процесса (заболевания), на отсутствие недостатков оказания медицинских услуг;

3.3.5. на получение информации об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги;

3.3.6. на отказ от оплаты дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных условиями настоящего Договора;

3.3.7. во всякое время проверять ход и качество оказания услуг Исполнителем, не вмешиваясь в его деятельность;

3.3.8. в любое время отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Законным представителем Исполнителю суммы фактически понесённых им расходов в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору;

3.3.9. при не выполнении или ненадлежащем выполнении Исполнителем обязательств по настоящему Договору, в том числе в случае нарушения Исполнителем сроков оказания услуг, требовать соразмерного уменьшения стоимости услуг, безвозмездного устранения недостатков оказанных услуг, досрочного расторжения настоящего Договора, возврата стоимости не оказанных ему Исполнителем медицинских услуг, возмещения убытков, связанных с недостатками услуг, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.3.10. Потребитель (пациент) имеет все права, предусмотренные его специальным статусом потребителя специфических медицинских услуг.

**3.4. Исполнитель обязан:**

3.4.1. оказать услуги надлежащего качества; оказать услуги своевременно, предварительно получив от Потребителя (пациента) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

3.4.2. обеспечить Законного представителя/Потребителя (пациента) в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения медицинских услуг, а также сведения об уровне профессионального образования и квалификации специалистов Исполнителя;

3.4.3. использовать методы профилактики, диагностики, лечения, соответствующие требованиям, предъявляемым к медицинской деятельности, а также медицинские изделия, разрешённые к применению в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

3.4.4. предоставлять Потребителю (пациенту) и, с письменного согласия Потребителя (пациента), Законному представителю, в доступной для него форме информацию о результатах и возможных методах лечения, об осложнениях, которые могут возникнуть в результате лечения, о наличии противопоказаний при применении медикаментозных средств и/или определённых методов диагностики и лечения;

3.4.5. соблюдать правила асептики и антисептики при проведении лечебных и диагностических процедур;

3.4.6. в случае наличия способности Потребителя (пациента) выразить свою волю (при отсутствии угрозы для жизни Потребителя (пациента), неотложности медицинского вмешательства) немедленно предупредить Потребителя (пациента) и Законного представителя (с письменного согласия Потребителя (пациента)) и до получения от него/них указаний приостановить оказание услуг при обнаружении:

- возможных неблагоприятных для Потребителя (пациента) последствий выбора им вида и объёма медицинской услуги;

- иных не зависящих от Исполнителя обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги или возможность её оказания в срок;

3.4.7. по требованию Законного представителя выдать Справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы;

3.4.8. по требованию Законного представителя/Потребителя (пациента) предоставить Смету на предоставление платных медицинских услуг, которая является неотъемлемой частью настоящего Договора;

3.4.9. соблюдать Порядки оказания медицинской помощи;

3.4.10. соблюдать требования, предусмотренные ст. 79 Федерального закона № 323-ФЗ;

3.4.11. при возникновении невозможности надлежащим образом исполнить свои обязательства по настоящему Договору, информировать Законного представителя/Потребителя (пациента) о возможности получения аналогичной медицинской услуги в иных медицинских организациях;

3.4.12. в соответствии со ст. 736 ГК РФ передавать Законному представителю/Потребителю (пациенту) информацию (рекомендации), касающуюся требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного использования результата услуги, а также о возможных для самого Потребителя (пациента) и других лиц последствиях несоблюдения этих требований.

**3.5. Исполнитель имеет право:**

3.5.1. не приступать к оказанию услуг в случаях, когда имеет место нарушение Законным представителем/Потребителем (пациентом) своих обязанностей по договору, которое препятствует его исполнению Исполнителем (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи);

3.5.2. самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги по медицинским показаниям объём исследований и необходимых действий, направленных на установление диагноза и оказание медицинской помощи надлежащего качества, при условии информирования Потребителя (пациента) и Законного представителя (с письменного согласия Потребителя (пациента)) и получения его согласия или отказа от предложенного медицинского плана;

3.5.3. самостоятельно определять и изменять в процессе оказания услуги объём исследований и необходимых действий, направленных на установление диагноза и надлежащее оказание медицинской помощи без согласия Законного представителя /Потребителя (пациента) в случае, когда медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя (пациента), состояние Потребителя (пациента) не позволяет ему выразить свою волю, а также в случаях, предусмотренных п.2-п.5 ч.9 ст.20 Федерального закона № 323-ФЗ;

3.5.4. с учётом специфики оказываемой услуги привлекать к исполнению своих обязательств по договору иных надлежащих лиц для обеспечения предоставления Потребителю (пациенту) медицинской услуги;

3.5.5. осуществлять все права, предусмотренные ст.78 Федерального закона № 323-ФЗ.

**4. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

4.1. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Законным представителем по действующему у Исполнителя прейскуранту.

4.2. Оплата медицинских услуг производится в полном объёме на условиях 100 % предоплаты.

4.3. Излишне оплаченные Законным представителем суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчётах.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Законным представителем путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя по реквизитам, указанным в разделе 11 настоящего Договора, после чего Законному представителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности).

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя (пациента) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. За нарушение срока оказания услуг Исполнитель уплачивает Законному представителю/Потребителю (пациенту) за каждый день просрочки исполнения обязательств пени в соответствии с действующим законодательством.

5.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее обязательств по настоящему договору, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5.5. Законный представитель/Потребитель (пациент) несет ответственность за достоверность предоставляемой информации о состоянии здоровья Потребителя (пациента), выполнение рекомендаций врача.

5.6. Законный представитель несет ответственность за несвоевременную оплату медицинских услуг.

**6. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами, действует в течение 12 календарных месяцев. Если ни одна из сторон за 30 (тридцать) календарных дней до даты окончания срока его действия не заявит о прекращении договора или изменении его условий, договор пролонгируется на тот же срок на прежних условиях; число таких пролонгаций договора не ограничено.

6.2. Окончание срока действия договора не влечёт за собой прекращение обязательств Сторон по Договору; договор признаётся действующим до исполнения Сторонами принятых обязательств.

6.3. Окончание исполнения обязательств по настоящему договору по факту оказания медицинской помощи по конкретному законченному случаю обращения или заболевания подтверждается подписью Потребителя (пациента) в медицинской карте, а также выдачей ему выписки из медицинской документации.

6.4. Подтверждением окончания исполнения сторонами обязательств по настоящему Договору является медицинское заключение об окончании оказания медицинской помощи по поводу заболевания (-ний) или состояния (-ний), которые составили предмет настоящего договора в течение всего срока его действия.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

7.2. Законный представитель/Потребитель (пациент) в любое время вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Законным представителем Исполнителю суммы фактически понесённых последним расходов в связи с исполнением обязательств по настоящему Договору.

7.3. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

**8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором, стороны примут все необходимые меры к их разрешению путем переговоров.

8.2. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он разрешается в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

9.1. Информация о факте обращения Потребителя (пациента) за медицинской помощью, а также любая иная информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя (пациента), составляет врачебную тайну и подлежит разглашению только при наличии письменного согласия Потребителя (пациента) на её распространение без ограничений или определённому кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

**10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

10.1. Законный представитель и Потребитель (пациент) подтверждают, что при заключении настоящего договора Исполнитель информировал их о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи путём предоставления информации на информационном стенде и интернет сайте Исполнителя http:// www.cnmt.ru о том, какие из оказываемых Исполнителем медицинских услуг входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (базовую и территориальную), а также о том, что эти услуги Законный представитель/Потребитель (пациент) вправе получить бесплатно в установленном действующим законодательством порядке.

10.2. До заключения договора Исполнитель в письменной форме путём внесения данного пункта в договор уведомил Законного представителя/Потребителя (пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя (пациента).

10.3. В случае отказа Потребителя (пациента) от оказания медицинских услуг он подписывает информированный отказ от медицинского вмешательства, содержащий сведения о возможных негативных последствиях такого отказа для здоровья Потребителя (пациента).

10.4. Настоящий договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

10.5. Вопросы, не урегулированные настоящим договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10.6. К договору прилагается[[1]](#footnote-1):

- Приложение № 1- Смета на предоставление платных медицинских услуг;

- Приложение № 2 - копия Лицензии на осуществление медицинской деятельности.

**11. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  Общество с ограниченной ответственностью «Клиника семейного здоровья»  ИНН 5433959893  КПП 543301001  Юридический адрес: 630090, г. Новосибирск, пр. Академика Коптюга, д.13 офис 8  БИК 045004641  Банк получателя: СИБИРСКИЙ БАНК ПАО СБЕРБАНК  Р/сч 40702810644050063326  К/сч 30101810500000000641    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_представитель по доверенности Е.В. Шрайнер  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  м.п. | **Потребитель (пациент)/законный представитель\*:**  *(В случае подписания договора пациентом в возрасте от 15 до 18 лет с согласия законного представителя указываются данные Потребителя (пациента);*  *\*В случае подписания договора законным представителем пациента в возрасте от 15 до 18 лет указываются данные законного представителя)*  Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  Зарегистрирован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Заполняется в случае подписания договора пациентом в возрасте от 15 до 18 лет с согласия законного представителя)*  Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. законного представителя)  паспорт: серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  выдан «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.  зарегистрирован \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  являясь законным представителем несовершеннолетнего *(подчеркнуть нужное – мать, отец, опекун,*  *попечитель)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О. пациента)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  даю согласие на заключение Договора на оказание платных  медицинских услуг от \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и осознаю свою  дополнительную ответственность по возникшим из договора обязательствам.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись Ф.И.О. законного представителя  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

1. Приложения к договору предоставляются Законному представителю /Потребителю (пациенту) по его требованию в установленном законом порядке. [↑](#footnote-ref-1)