

## ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г.

ООО «Доктор Озон». Адрес: 117628, г. Москва, ул. Старокачаловская, д.6. **Данные документа, подтверждающие факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ:** Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц: Серия 77 № 006092846, дата внесения 27 января 2005 года, наименование регистрирующего органа Межрайонная инспекция ФНС России № 46 по г. Москве. Лицензия на осуществление медицинской деятельности от 08.07.2006 г. № ЛО-77-01-001232 Выдана департаментом здравоохранения г. Москвы, 127006 г. Москва, Оружейный пер, д.43 тел (499) 251-83-00. **Перечень услуг,** составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому: физиотерапия. Доврачебная помощь: медицинский массаж, амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь при осуществлении специализированной медицинской помощи: кардиология, мануальная терапия, отоларингология, офтальмология, функциональная диагностика. Доврачебная помощь: акушерское дело, сестринское дело. Амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе в условиях дневного стационара и стационара на дому: акушерство и гинекология, гастроэнтерология, неврология, терапия, трансфузиология, колопроктология, онкология, эндокринология, ультразвуковая диагностика, урология, Прочие работы и услуги: экспертиза временной нетрудоспособности, косметология: терапевтическая - именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице Генерального директора Короля Виталия Сергеевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и **гражданин (гражданка)**

(фамилия, имя, отчество)

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

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Договор определяет условия оказания «ПАЦИЕНТУ» «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» платных медицинских услуг (далее -услуга/услуги):

### 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость услуги определяется Прейскурантом, действующим на момент оплаты услуги.  
2.2. Оплата услуги производится после ее оказания, в день оказания, наличными денежными средствами в кассу «ИСПОЛНИТЕЛЯ».  
2.3. Услуга считается реализованной при подтверждении факта ее оказания: получение «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» денежных средств от «ПАЦИЕНТА» в оплату оказанной услуги.

### 3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 3.1. **«ИСПОЛНИТЕЛЬ» обязан:**  
3.1.1. Оказать «ПАЦИЕНТУ» своевременную, квалифицированную и качественную медицинскую помощь.  
3.1.2. Предоставить «ПАЦИЕНТУ» полную информацию об услуге, в том числе - о стоимости, возможных осложнениях, побочных действиях и других негативных влияниях услуги.  
3.1.3. Выдавать по просьбе «ПАЦИЕНТА» выписки из его медицинской карты, протоколы исследований и результаты анализов.  
3.2. **«ИСПОЛНИТЕЛЬ» имеет право:**  
3.2.1. Самостоятельно определять: вид, объем, сроки и количество обследований, манипуляций, консультаций, лечебных и диагностических процедур и т. п., необходимых для установления диагноза и проведения лечения «ПАЦИЕНТУ».  
3.2.2. Привлекать к исполнению договора третьих лиц.  
3.3. **«ПАЦИЕНТ» обязан:**  
3.3.1. Своевременно и исчерпывающе информировать своего лечащего врача и консультирующих врачей-специалистов о перенесенных им заболеваниях, травмах, оперативных вмешательствах, переливаниях крови, аллергических реакциях, имеющейся непереносимости лекарственных средств. Предоставлять по просьбе лечащего врача подтверждающие вышеперечисленное выписки из медицинских и иных документов, оригиналы или копии протоколов диагностических исследований и результатов анализов.  
3.3.2. Полно и своевременно выполнять все назначения лечащего врача: соблюдать рекомендованные режим и диету, получать назначенное лечение, проходить лабораторные, функциональные и другие назначенные исследования, консультации специалистов, и т.п.  
3.3.3. Прибывать на прием к лечащему врачу или на лечебно-диагностическую процедуру в указанное (согласованное с «ПАЦИЕНТОМ») время; при объективной невозможности явки -заблаговременно информировать об этом администратора.  
3.3.4. Своевременно и полно оплатить оказанную услугу (услуги).  
3.4. **«ПАЦИЕНТ» имеет право:**  
3.4.1. Отказаться от получения услуги и получить обратно ранее внесенную за эту услугу сумму (с возмещением «ИСПОЛНИТЕЛЮ» затрат, связанных с подготовкой к оказанию данной услуги).  
3.5. «ПАЦИЕНТ», в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, уничтожение персональных данных) «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии его здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну

### 4. ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГАХ

- 4.1. Вследствие наличия у любого человека индивидуальных биологических особенностей организма, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не может полностью исключить вероятность возникновения у «ПАЦИЕНТА» в процессе оказания услуг негативных реакций (осложнений, побочных действий и эффектов и т.п.) на проведение медицинских манипуляций и процедур.  
4.2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» не несет ответственности за возникновение таковых негативных реакций (осложнений, побочных действий и эффектов и т.п.), если услуги были оказаны с соблюдением всех необходимых требований и стандартов.  
4.3. В случае, если для устранения таковых негативных реакций (осложнений, побочных действий и эффектов и т.п.) потребуется оказание неотложной медицинской помощи, «ИСПОЛНИТЕЛЬ» оказывает ее без дополнительной оплаты.

### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. При доказанном ненадлежащем оказании услуги «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» «ПАЦИЕНТ» вправе потребовать от «ИСПОЛНИТЕЛЯ» возмещения убытков или ущерба, причиненных таковым оказанием услуги, в порядке, определенном действующим законодательством РФ.  
5.2. «ИСПОЛНИТЕЛЬ» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если докажет, что таковое произошло вследствие: обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), нарушения «ПАЦИЕНТОМ» условий, перечисленных в пункте 3.3. или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

### 6. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Договор может быть расторгнут до истечения срока его действия по соглашению сторон или по требованию одной из сторон - с предупреждением другой стороны за тридцать дней и указанием причины досрочного расторжения договора.  
6.2. Договор может быть расторгнут «ПАЦИЕНТОМ» при нарушении «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» требований, перечисленных в пункте 3.1.  
Договор может быть расторгнут «ИСПОЛНИТЕЛЕМ» при нарушении «ПАЦИЕНТОМ» требований, перечисленных в пункте 3.3.

### 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами, действует в течение двенадцати месяцев с момента подписания и считается продленным на тот же срок, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении не менее чем за 30 дней до окончания срока действия договора.  
7.2. Споры и разногласия между сторонами решаются: путем переговоров и/или путем привлечения независимой экспертизы, и/или в судебном порядке (до обращения в суд стороны договариваются о проведении независимой экспертизы).  
7.3. При обращении в суд по поводу расторжения договора или изменения его условий, ответчику истцом должна быть предъявлена претензия, которая рассматривается ответчиком в течение не более 14 дней.

#### Исполнитель:

ООО «Доктор Озон»  
ОГРН 1057746106637 ИНН 7727532593  
КПП 772701001 БИК 044583272  
117628, г. Москва, ул. Старокачаловская, д.6  
Р/С 40702810697540000217 в Московском филиале  
ПАО РОСБАНК г. Москва к/с 30101810000000000272  
Генеральный директор \_\_\_\_\_ Король В. С.

#### Пациент:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
ФИО \_\_\_\_\_  
Подпись \_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью «Доктор Озон»

117628, г. Москва, ул. Старокачаловская, д.6

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)  
\_\_\_\_\_ года рождения, находясь на лечении в ООО «Доктор Озон» в соответствии со статьей 20  
Федерального закона от 21.11.2011 г №323-ФЗ « ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

**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 даю свое согласие** на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования, термометрия, тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, генетические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, функции внешнего дыхания, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно, медицинский массаж, установка катетера в периферические сосуды. **Необходимость других методов обследования и лечения:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ мне разъяснена дополнительно.

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

- Я информирован (информирована) в доступной для меня форме о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, 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 лекарства и сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я ознакомлен (ознакомлена) с планом предполагаемого лечения и действием лекарственных средств, с возможными изменениями медикаментозной терапии в случае непереносимости мною тех или иных лекарственных средств, изменением состояния моего здоровья, требующего изменения тактики лечения, а также применения лекарственных препаратов и других методов лечения и диагностики, которые могут быть назначены врачами- консультантами по согласованию с моим лечащим врачом.

- 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 уполномочиваю врачей выполнять любую процедуру или дополнительное вмешательство, которую может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций.

- 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 тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Подпись пациента/законного представителя

X

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_ (подпись)

X