

Ф.И.О. потребителя/заказчика

О том, что, несоблюдение указаний (рекомендаций) учреждения (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 потребителя. Я уведомлен, что данную медицинскую услугу я могу получить бесплатно в других медицинских учреждениях.

С уведомлением ознакомлен до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, экземпляр на руки получил _____ (Фамилия, инициалы, подпись, дата).

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Ставрополь

« ____ » _____ 2018 года

ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии», именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», в лице директора Батуриной Марии Владимировны, действующего на основании Устава, лицензия № ЛО-26-01-001907 от 21.06.2013 г., выданная Комитетом Ставропольского края по пищевой и перерабатывающей промышленности, торговле и лицензированию, срок действия бессрочно, 355029, город Ставрополь, улица Ленина, 415-Д, 56-65-78 (приложение 1) с одной стороны, и _____ именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК» / «ПОТРЕБИТЕЛЬ», с другой стороны, в дальнейшем «стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА.

1.1. По настоящему договору исполнитель обязуется оказать заказчику (либо по поручению заказчика потребителю) следующие медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Ед.изм/ кол-во	Стоимость 1 услуги, (руб.)	в т.ч. НДС 18% (руб)	Сумма (руб.)
Общая сумма:					
		(в т.ч.	НДС)		

кому (Ф.И.О., год рождения, адрес, телефон потребителя услуг) _____

1.2. Результатом оказания платных медицинских услуг является заключение специалиста/результат исследования.

1.3. Заказчик обязуется оплатить их стоимость в соответствии с прейскурантом, утвержденным исполнителем.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

2.1.1. Оказать услуги качественно в оговоренный с заказчиком срок: с « ____ » _____ 2018г. по « ____ » _____ 2018г. Оказать услуги по общепринятым в медицинской практике методикам. Обеспечить Заказчика/Потребителя всей необходимой информацией об услуге. По требованию Заказчика/Потребителя – Исполнитель обязан предоставить в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, в т.ч. сведения:

- о порядке оказания и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике (его профессиональном образовании и квалификации), предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу;
- информацию о методах и возможных видах медицинского вмешательства, связанных с ними рисках, последствиях и ожидаемых результатах;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.1.2. Ознакомить лиц, направляемых заказчиком с прейскурантом, действующим на момент оказания услуги. При изменении плана оказания и стоимости услуг, проинформировать заказчика/потребителя и осуществить дополнительную услугу с его согласия с дополнительной оплатой.

2.1.3. Поставить в известность заказчика/потребителя о возникших в процессе оказания услуг обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг и возможных осложнениях. Изменение плана оказания услуг согласовать с заказчиком/потребителем.

2.1.4. Соблюдать правила медицинской этики, врачебную тайну и конфиденциальность информации о здоровье заказчика/потребителя и о его персональных данных.

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

2.2.1. По личной просьбе заказчика либо направляемого им лица, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача с его согласия для оказания услуг.

2.2.2. Отказаться от оказания услуг, если их оказание не соответствует требованиям технологий, может вызвать нежелательные последствия или отсутствует техническая возможность оказания услуг.

2.2.3. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренной договором. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2.4. Привлекать для оказания медицинской услуги третьих лиц в рамках заключенных договоров.

2.3.ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ обязан:

2.3.1. Заказчик, либо лица, направляемые заказчиком, обязаны выполнять все требования и рекомендации врачей, врачебной комиссии. До оказания услуги потребитель должен информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях. Оказывать содействие Исполнителю в надлежащем исполнении им обязательств по договору, в т. ч. обеспечить явку потребителя услуг в назначенное время, соблюдение назначенного режима, рекомендаций Исполнителя (медицинского работника предоставляющего услугу). Несоблюдение указанных в настоящем пункте условий может снизить качество услуг или повлечь за собой невозможность завершения услуг в срок.

Немедленно извещать лечащего врача об изменении в состоянии здоровья в процессе оказания услуг или после их окончания, а также о принимаемых лекарственных препаратах и др.

2.3.2.Извещать через регистратуру о невозможности явки на прием не менее чем за 24 часа, соблюдать режим, действующий в учреждении.

2.3.3.Ознакомиться с расценками прейскуранта на оказываемые медицинские услуги.

2.3.4.Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии с выставленным счетом по расценкам прейскуранта исполнителя

2.4.ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

2.4.1. Отказаться от оказания услуг в любой момент до их оказания с оплатой тех медицинских услуг, которые на тот момент будут оказаны.

2.4.2.На добровольное согласие и отказ от оказания медицинских услуг. На получение такой услуги в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании в ином медицинском учреждении.

2.4.3.На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья и последствиях полученной услуги.

3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность:

-за качество оказываемых услуг, лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию потребителя на момент обращения; за выполнение назначенных сроков оказания услуги; за несоблюдение врачебной тайны.

3.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности в случаях:

-возникновения осложнений по вине заказчика либо направляемых им лиц (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях);

-прекращения (не завершения) услуг по инициативе заказчика/потребителя до окончания лечения.

3.3. ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ несет ответственность:

-за недостоверное предоставление информации;

-за невыполнение требований и рекомендаций врача;

-за несвоевременную оплату медицинских услуг.

3.4. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Претензии рассматриваются в течение 30 календарных дней.

4. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ.

4.1. Заказчик оплачивает в порядке предоплаты 100% стоимости медицинских услуг по утвержденному исполнителем прейскуранту согласно п.1.1.и 2.3.3, 2.3.4 настоящего договора в сумме: _____

(в т.ч. НДС) руб.

4.2. Оплата производится в Российских рублях на расчетный счет либо в кассу исполнителя.

5.ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

5.1. Любой спор, разногласие или претензия, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов связанных с его нарушением, применением, исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, а также восстановление и защита имущественных и личных неимущественных прав сторон, вытекающих из настоящего договора, регулируются между сторонами путем направления претензий в письменной форме. В случае невозможности урегулирования споров и разногласий -подлежат рассмотрению в суде по месту нахождения Исполнителя.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует по _____, а по расчётам до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

7.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ.

7.1. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

7.2. Стороны пришли к соглашению об использовании Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи лица, уполномоченного подписывать настоящий Договор, дополнительные соглашения к нему и другие документы, заключаемые между Исполнителем и Заказчиком в связи с оказанием услуг.

7.3. Изменения и дополнения в настоящий договор вносятся по взаимному согласию сторон, оформляются письменно в виде дополнительного соглашения.

7.4. Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным п.п.2.2.2, 2.4.1. настоящего договора и иным основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

7.5. Министерство здравоохранения Ставропольского края, 355000 г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова, 42/311, mz26.ru, телефон+7 8652 26-70-15, +7 8652 26-17-16; Управление Роспотребнадзора по Ставропольскому краю, 355008 г. Ставрополь, пер. Фадеева, 4, тел: (8652) 28-11-56, горячая линия: 8-800-100-88-40, 26.rosпотребнадзор.ru

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии» (ООО «ЦКФФ»)
ОГРН 1022601962591 зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №11 по Ставропольскому краю
ИНН/КПП 2635052460/263501001
Реквизиты банка: Отделение №5230 Сбербанка России г. Ставрополь
р/с 40702810660240100786 к/с 30101810907020000615 БИК 040702615
Юридический адрес: 355042, Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ 50/2

ЗАКАЗЧИК:

Ф.И.О _____

АДРЕС _____

ТЕЛЕФОН _____
ПАСПОРТ _____

Фактические адреса: 355042, Ставрополь, ул. 50 лет ВЛКСМ 50/2
355008, Ставрополь, ул. Вокзальная 24, 355008, Ставрополь, ул. Гражданская 9
Директор _____ М.В. Батурина

Заказчик

работник «Исполнителя» _____