

ДОГОВОР  
НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № « \_\_\_\_ »

г. Новокузнецк

« \_\_\_\_ » июля \_\_\_\_\_ г.

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «МФЦ-КУЗБАСС» (сокращенное наименование: ООО «МФЦ-Кузбасс»), имеющее лицензию на право осуществления медицинской деятельности № ЛО-42-01-005279, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице генерального директора Падара Александра Валерьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и:

\_\_\_\_\_, в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

**Исполнитель** оказывает на возмездной основе следующие медицинские услуги:

Услуга	Стоимость
Итого	

, а **Заказчик** оплачивает их на условиях, предусмотренных, настоящим Договором.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. **Заказчик (Пациент)** обязуется:

2.1.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинских услуг, согласно п.1

2.1.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2.1.3. Сообщать лечащему врачу все сведения о состоянии своего здоровья, в случае любых изменений в состоянии здоровья немедленно сообщать об этом лечащему (дежурному) врачу.

2.2. **Заказчик** имеет право:

2.2.1. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;

2.2.2. На получение в доступной форме информации о состоянии своего здоровья.

2.2.3. Получить выписку из медицинской карты о результатах обследования глаз.

2.3. **Исполнитель** имеет право:

2.3.1. В соответствии с действующими методиками и состоянием здоровья предложить Пациенту варианты лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля;

2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни **Пациента**, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи;

2.4. **Исполнитель** обязан:

2.3.1. Обеспечивать соответствие качества предоставляемых платных медицинских услуг требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида;

2.3.2. Предупредить Заказчика, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе);

2.3.3. Обеспечивать Заказчика всей необходимой информацией о лечении;

2.3.4. Предоставлять по требованию Заказчика и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, 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;

2.3.5. Вести учет результатов предоставляемых платных медицинских услуг;

2.3.6. Провести до проведения операции обследование, поставить окончательный диагноз;

2.3.7. Выдать документ, подтверждающий произведенную Заказчиком оплату медицинских услуг,

2.3.8. Соблюдать конфиденциальность о факте обращения, состоянии здоровья пациента,

2.3.9. Оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и с нормами действующего законодательства РФ.

### 3. Стоимость услуг и порядок расчётов

3.1. Заказчик оплачивает 100% стоимость указанных в договоре услуг;

3.2. Заказчику после осуществления оплаты выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

### 4. Ответственность Сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством РФ.

4.2. «**Исполнитель**» не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине **Заказчика** (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья);
- прекращения лечения по инициативе **Пациента**.

4.3. Исполнитель несет ответственность:

- за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора;
- за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения;
- за причинение вреда здоровью и жизни Заказчика.

4.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

## 5. Сроки исполнения

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Стороны договорились, что все споры, связанные с исполнением и расторжением настоящего Договора, будут разрешаться Сторонами в претензионном порядке путем направления в письменном виде претензии.

Срок ответа на претензию – 5 (Пять) календарных дней с момента ее направления по эл.почте.

Документы, направленные по эл.почтам, указанным в настоящем Договоре, имеют силу оригинала до получения их на бумажном носителе заказным письмом с уведомлением о вручении.

5.3. В случае не урегулирования разногласий в претензионном порядке спор передается на рассмотрение суда по месту нахождения истца.

## 6. Дополнительные условия

6.1. Все, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством РФ.

## 7. Реквизиты и подписи сторон

<p>Исполнитель: <b>ООО "МФЦ-Кузбасс"</b> 654007, Кемеровская область, Новокузнецк пр-т Кузнецтстроевский, д. 18 пом. 110 КПП 421701001 ИНН 4217143812 Р/с 40702810526170005968 В Сибирском банке ОАО "Сбербанк России" К/с 30101810500000000641 БИК 045004641 ОКПО 09224994 т. (3843) 20-00-20 <a href="mailto:nvkz@omiclinic.ru">nvkz@omiclinic.ru</a></p> <p>_____</p> <p>М.П.</p>	<p>Заказчик:</p> <p>_____</p>
--	-------------------------------

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:

Я, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ г. рождения зарегистрированный(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

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 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

**Обществе с ограниченной ответственностью "МФЦ-Кузбасс"**

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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)