

Договор на оказание платных медицинских услуг №

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЕвроСитиКлиник», действующее на основании: Свидетельства о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 28.12.2018 г., регистрирующий орган – Межрайонная инспекция ФНС № 15 по Санкт-Петербургу, ОГРН 1187847390928, ИНН 7813629447; лицензии на право осуществления медицинской деятельности от 23.09.2020 г. № ЛО-78-01-011127, бессрочной, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, сайт info.eurocityclinic@inbox.ru, в лице Генерального директора Чирковой Ирины Владимировны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и Заказчик (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель) в пользу **Потребителя/-ей (физических лиц и/или их законных представителей)** _____ или **Потребитель услуг (физическое лицо или его законный представитель, действующий на основании _____) (Ф.И.О.)** _____ (законный представитель), дата рождения _____, паспортные данные _____, адрес места регистрации (жительства) _____, телефон (при наличии) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» (Потребитель), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги на основании перечня и прейскуранта платных медицинских услуг, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, а Заказчик (Потребитель) **обязуется оплатить эти услуги в соответствии с перечнем медицинских услуг, оказываемых по договору, действующим на день оказания услуг**

1.2. Срок оказания медицинской услуги: в день обращения.

1.3. Срок ожидания оказания медицинской услуги: услуга оказывается по предварительной записи.

В случае задержки начала оказания услуги срок ожидания не более 15 минут.

Стоимость услуг и порядок оплаты

2.1. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту.

При возникновении необходимости выполнения дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Заказчика (законного представителя Заказчика) с оплатой по утвержденному прейскуранту и на основании заключаемого договора.

2.2. Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя до оказания медицинской услуги (предоплата). Заказчику (законному представителю Заказчика) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдает документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно - кассовый чек или квитанция установленного образца).

2.3. **Оплата медицинской услуги за Заказчика (Потребителя) производится третьим лицом (заполняется в случае произведения оплаты третьим лицом)**

ФИО _____

ПАСПОРТ _____

(иной

документ,

удостоверяющий

личность)

Телефон _____

Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Обеспечить Заказчика (Потребителя) бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах оказываемых ему Исполнителем.

3.1.2. Информация о состоянии здоровья Заказчика (Потребителя), оказанных ему медицинских услугах и т.д. является врачебной тайной, сохранность которой обязуется обеспечивать Исполнитель. Эта информация не подлежит разглашению, за исключением случаев указанных в Федеральном законе от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

(далее - 323-ФЗ).

3.1.3. Оказать Заказчику (Потребителю) квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок.

3.1.4. Предоставить Заказчику (Потребителю) в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов 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.

3.1.5. По требованию Заказчика (законного представителя Заказчика) с согласия Потребителя, если он таковым не является, в доступной для него форме предоставить информацию:

- о состоянии здоровья Потребителя, 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;

Данная информация предоставляется Заказчику с учетом норм ст.13 323-ФЗ. Подписание договора Заказчиком (Потребителем) подтверждает согласие о предоставлении информации Заказчику (Потребителю).

3.1.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Заказчика (Потребителя) при внезапных острых заболеваниях состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с 323-ФЗ.

3.1.7. Соблюдать: положение об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядку оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.

3.2.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором, а также назначать врача (медицинского работника) участвующего в оказании медицинской помощи.

3.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, назначить другого врача.

3.2.4. Получать от Заказчика (законного представителя Заказчика, Потребителя) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком (законным представителем Заказчика, Потребителя) информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

3.2.5. Требовать от Заказчика (Потребителя) соблюдения правил оказания медицинских услуг, режима лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности, правил внутреннего распорядка ООО «ЕвроСитиКлиник», его режима работы, других требований ООО «ЕвроСитиКлиник», невыполнение которых влечет за собой невозможность оказания платной медицинской услуги.

3.3. Заказчик (Потребитель) обязуется:

3.3.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

3.3.2. Информировать врача (уполномоченного медицинского работника Исполнителя) до оказания медицинской услуги о ранее перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях; точно выполнять назначения врача.

3.3.3. Соблюдать режим лечения, в том числе на период временной нетрудоспособности, правила внутреннего распорядка ООО «ЕвроСитиКлиник», его режим работы, другие требования ООО «ЕвроСитиКлиник», невыполнение которых влечет за собой невозможность оказания платной медицинской услуги.

3.3.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему по настоящему Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.5. Заказчик (Потребитель) уведомлен, что проводимое в соответствии с настоящим Договором медицинское вмешательство может быть сопряжено с осложнениями и нарушениями функций организма, не являющимися дефектом медицинской помощи и врачебной ошибкой, а

обусловленными состоянием здоровья пациента и применяемыми в современной медицине методами и методиками оказания медицинской помощи.

3.3.6. Исполнитель уведомляет Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 здоровья потребителя.

3.4. Заказчик (Потребитель) вправе:

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1. настоящего Договора.

3.4.2. Предъявлять в установленном законодательством порядке требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.3. Заказчик (Потребитель) имеет право в любой момент отказаться от получения медицинских услуг по настоящему договору и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием услуг.

3.5. Заказчик (Потребитель) имеет право направить обращение (жалобу) в Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга в любой форме и любым способом, в том числе по адресу: г. Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1, по электронному адресу kzdrav@gov.spb.ru; в ООО «ЕвроСитиКлиник» по адресу: **197022, г. Санкт-Петербург, Профессора Попова, д. 27, лит. А, пом. 12-Н,7-Н по электронному адресу info.eurocityclinic@inbox.ru.**

3.6. Заказчик (законный представитель Заказчика, Потребитель) соглашается, что перед началом оказания медицинской услуги имел возможность: на ознакомление с копией учредительного документа Исполнителя, с выпиской из единого государственного реестра юридических лиц, с копией лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность; на ознакомление с информацией о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, последствиях медицинского вмешательства и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя.

Ответственность сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (законным представителем Заказчика, Потребителем) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика (Потребителя).

4.2. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Заказчик (законный представитель Заказчика, Потребитель) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком (Потребителем) режима лечения, рекомендаций по лечению, не информирования Исполнителя о ранее перенесенных и имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и иных фактах имеющих отношение к оказанию медицинской услуги Исполнителем.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, как-то: пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, военные действия, режим чрезвычайного положения, введение эмбарго на импорт и/или экспорт, гражданские волнения, эпидемия, блокада, акты или действия государственных органов или местного самоуправления и иные обстоятельства, препятствующие оказанию услуги и которые Стороны не могли учесть при подписании договора.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок по согласию Сторон соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

Порядок рассмотрения споров

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в порядке определенном законодательством Российской Федерации.

Срок действия договора, порядок изменения, расторжения.

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря 2023_ года или полного исполнения Сторонами всех принятых на себя обязательств, если это наступит ранее.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по согласию Сторон.

6.3. В случае отказа Заказчика (Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (Потребителя) о расторжении договора по инициативе Заказчика (Потребителя), при этом Заказчик (Потребитель) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, если таковые имелись.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

Прочие условия

7.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ (в ред.) «О персональных данных» Заказчик (Потребитель) подтверждает свое согласие на обработку в ООО «ЕвроСитиКлиник» персональных данных, полученных в результате исполнения настоящего договора.

7.2. До заключения настоящего Договора Заказчик (Потребитель) был ознакомлен (имел возможность ознакомиться) с лицензией на осуществление медицинской деятельности, выданной Исполнителю, а также и с приложениями к указанной лицензии, а также располагает сведениями о лицензирующем органе, выдавшем вышеуказанную лицензию.

7.3. Заказчик (законный представитель Заказчика, Потребитель) подписывая настоящий договор, соглашается с тем, что перед его подписанием был проинформирован Исполнителем о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика (Потребителя) информацию о стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте исполнителя ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах (интернет-сайте) Исполнителя.

Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика (Потребителя) информацию о медицинском работнике(-ах), отвечающем(-щих) за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его/их профессиональном образовании и квалификации);

Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика (Потребителя) информацию о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика (Потребителя) информацию об образцах договоров используемых при оказании платных медицинских услуг.

Исполнитель перед оказанием медицинской услуги довел до сведения Заказчика (Потребителя) информацию о перечне категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем исполнителя и (или) главным врачом Исполнителя.

7.4. Исполнителем после исполнения договора выдаются Заказчику (законному представителю Заказчика, Потребителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу. Один экземпляр для Исполнителя, другой - для Заказчика (законного представителя Заказчика, Потребителя).

Если Заказчик (юридическое лицо или индивидуальный предприниматель) заключает Договор

в пользу Потребителей (физических лиц и их законных представителей) то Договор составляется в трех экземплярах.

Реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ ООО «ЕвроСитиКлиник» Юридический адрес: 97022, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 27, литера А, пом. № № 7-Н, 12-Н Фактические адреса: 197022, г. Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 27, литера А, пом. № № 7-Н, 12-Н ОГРН 1187847390928, ИНН 7813629447 Электронная почта info.eurocityclinic@inbox.ru Банковские реквизиты Банковские реквизиты: р/сч №40702810327360000308 в Филиал №7806 Банка ВТБ (ПАО) к/с 30101810240300000707 БИК 044030707 Генеральный директор _____ И.В. Чиркова м.п.	ПОТРЕБИТЕЛЬ (ПАЦИЕНТ) (ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ) _____ ФИО _____ ПАСПОРТ _____ _____ СНИЛС (заполняется в случае выдаче больничных листов) _____ Адрес регистрации: _____ _____ _____ Электронная почта (при наличии) _____ Телефон _____ _____ подпись _____ (Ф.И.О.)
--	---

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, _____,
« » _____ года рождения, зарегистрированный (-ая) по адресу:

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

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 23.04.2012 г. № 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «ЕвроСитиКлиник»

Медицинским работником _____

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред.) «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)

“ ”

_____ г.

(дата оформления)