

Семейная клиника «Наш доктор»

Ростов-на-Дону ул. Ленина д.63, www.nashdoctor-rostov.ru

контактные данные: т. 301-33-32 [info@nahdoctor-rostov.ru](mailto:info@nahdoctor-rostov.ru)

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

**г. Ростов-на-Дону Дата**

Общество с ограниченной ответственностью Медицинская фирма Семейная клиника "Наш Доктор", зарегистрированное в ИФНС России по Октябрьскому району г. Ростова-на-Дону за основным государственным регистрационным номером 1066165056902, именуемое в дальнейшем Исполнитель, действующее в соответствии с лицензией №ЛО-61-01-005256, выданной 08.06.2016г., в лице директора Чайхорской Натальи Павловны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

(Ф.И.О паспортные данные, адрес пациента)

именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ЛИЦЕНЗИЯ**

1.1. Лицензия №\_ЛО 61-01-005256, выдана 08.06.2016 г. (Министерством здравоохранения Ростовской области), адрес: 344029 г.Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33 , тел. 263-20-50 .

1.2. Работы и услуги, оказываемые Исполнителем:

1.2.1.Доврачебная медицинская помощь по акушерскому делу, гистологии, лабораторной диагностике, сестринскому делу, стоматологии;

1.2.2.Консультации врачей специалистов: по акушерству и гинекологии, аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии, стоматологии терапевтической, травматологии и ортопедии, хирургии, эндокринологии;

1.2.3. Клиническая лабораторная диагностика.

1.2.4. Дополнительные медицинские услуги.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. В соответствии с настоящим Договором Потребитель поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательство по желанию Потребителя оказать следующие платные медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п\п | Наименование услуги/ код услуги | Ед. изм. | Цена за ед. изм. | Кол-во | Сумма, руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** | | | | |  |

2.2. Потребитель обязуется оплачивать медицинские услуги, предоставляемые ему, и выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых медицинских услуг.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему Договору, определяется действующим прейскурантом Исполнителя и составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем в форме 100% предоплаты, путем наличного расчета с применением контрольно-кассовой машины.

3.3. В процессе оказания стоимость медицинской услуги может быть увеличена в связи с необходимостью проведения дополнительных диагностических, лечебных мероприятий, изменения фактических затрат на лечение и других обстоятельств, которые невозможно было предусмотреть при заключении договора. В этом случае стороны заключают новый договор до начала предоставления Потребителю этих услуг.

**4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСИХ УСЛУГ**

4.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу: г.Ростов-на-Дону, ул. Ленина, д.63.

4.2. Оказание услуг по настоящему Договору производится в порядке очереди Потребителя на прием. В особых случаях услуги предоставляются Потребителю вне установленной очереди.

4.3. Срок оказания услуг \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.

**5. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Проинформировать Потребителя о Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области;

5.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг лицензии учреждения и требованиям, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации. При оказании медицинских услуг использовать оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.

5.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном в учреждении порядке, информацией о режиме работы, перечне платных услуг с указанием их стоимости по прейскуранту, условиях их получения, а также сведения о квалификации специалистов.

5.1.4. Оказать Потребителю квалифицированную, качественную медицинскую услугу;

5.1.5. Информировать Потребителя о предлагаемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений при проведении сложных лечебно-диагностических манипуляций или операций.

5.1.6. Обеспечивать реализацию всех прав Потребителя, в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Потребителя;

5.2.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для лечения, назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

5.3. Потребитель обязуется:

5.3.1. Оплатить оказываемые услуги в порядке, определенном настоящим договором;

5.3.2. Точно выполнять врачебные рекомендации, соблюдать режим работы Исполнителя, соблюдать правила санитарно-противоэпидемического режима, техники безопасности и противопожарной безопасности.

5.3.3. Информировать до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, противопоказаниях и т.п.

5.4. Потребитель имеет право:

5.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге;

5.4.2. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги при наличии вины.

**6.ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Отсутствие ожидаемого Потребителем результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

**7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

7.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.2. Потребитель гарантирует, что при возникновении каких-либо осложнений, прямо или косвенно связанных с выполнением медицинских услуг Исполнителем, предоставит об этом информацию Исполнителю, в том числе и в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение, если способен это сделать по состоянию своего здоровья.

7.3. Вред причиненный жизни или здоровью пациента в результате представления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_ г.

8.2. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. Исполнителем доведено до сведения Потребителя информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе

8.4. Потребитель ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Ростовской области и дает добровольное согласие на проведение данной медицинской услуги на возмездной основе.

8.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Исполнитель:**  **Потребитель:**

ООО Медицинская фирма семейная клиника Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"Наш Доктор" , 344029 г.Ростов-на-Дону, ул. Ленина,63, Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. (863) 301-33-32 Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН 6165134568 КПП 616501001 к/счет 30101810200000000270, Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ростовский филиал ПАО Банка

«ФК ОТКРЫТИЕ» г. Ростов-на-Дону

БИК 046027270, р/сч 40702 810 403300000786

Подпись: Чайхорская Наталья Павловна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_