**Гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, подтверждает, что перед подписанием настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного обследования и режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.**

**V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (ФИО пациента, расшифровка подписи, полностью собственноручно)**

**Договор оказания платных медицинских услуг**

г.Благовещенск Амурской области «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

(дата, месяц, год)

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Инь-Ян», свидетельство о государственной регистрации юридического лица ОГРН 1072801009742 бланк серия 28 №001508552, выдано 08.042013 Межрайонной инспекцией ФНС России № 1 по Амурской области, бессрочная лицензия №ЛО-28-01-0001508 от 19 января 2018г., выдана Министерством здравоохранения Амурской области: (адрес местонахождения: 675000, г. Благовещенск, ул. Ленина, дом 135, телефон 8 (4162) 200769) на следующие виды деятельности: При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: медицинскому массажу, сестринскому делу; При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: мануальной терапии, неврологии, педиатрии, психиатрии-наркологии, рефлексотерапии), в лице генерального директора Ши Сергея Евгеньевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»,** с одной

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

адрес места жительства (нахождения**) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«Пациент»** **(«Заказчик»),** с другой стороны, совместно именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. Предмет договора.**

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство оказать Пациенту\Заказчику медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «Медицинские услуги», а Пациент\Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленными настоящим договором.

1.2. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых

в соответствии с настоящим договором:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование услуги** | **Количество** | **Цена за единицу\процедуру** | **Итоговая сумма, руб.** |
|  |  |  |  |

1.3. Условия оказания услуг: в амбулаторно-поликлинических условиях медицинского центра «Инь-Ян», по адресу: г. Благовещенск Амурской области, ул.50 лет Октября, д.15, офис 7.

1.4. Сроки оказания услуг: «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г.

1. **Права и обязанности сторон.**
   1. **Пациент\Заказчик обязуется:**

2.1.1. Своевременно оплатить услуги Исполнителя, согласно условиям настоящего договора.

2.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него заболеваний\состояний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на лечение (результат медицинской услуги), при прохождении лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия.

2.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения.

2.1.4. Соблюдать график приема специалистов.

2.1.5. Соблюдать внутренний режим (Правила) нахождения в медицинском Центре.

2.1.6. Удостоверить личной подписью факт информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

**2.2. Пациент\Заказчик имеет право:**

2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и расчете стоимости оказываемых услуг (смете).

2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья, о состоянии своего здоровья, динамике лечения, прогнозе заболевания.

2.2.3. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны).

2.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства\услуги полностью или частично, подтвердив факт отказа личной подписью, и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги (фактически понесенные Исполнителем расходы).

2.2.5. Отказаться от услуг лечащего врача и\или выбрать другого врача.

**2.3. Исполнитель обязуется:**

2.3.1. Оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями.

2.3.2. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Пациента (врачебную тайну), соблюдать стандарты и порядки оказания медицинской помощи, принятые в РФ.

**2.4. Исполнитель имеет право:**

- в случае возникновения неотложного состояния Пациента Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим договором.

1. **Цена и порядок оплаты услуг.**

3.1. Стоимость услуг устанавливается действующим прейскурантом и составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей

указать сумму цифрами и прописью

**3.2**. Оплата услуг осуществляется Пациентом\Заказчиком в российских рублях в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или перечислением денежных средств на расчетный счет Исполнителя, **до- или после** оказания медицинских услуг, оплата поэтапно (по выбору Пациента\Заказчика, нужное подчеркнуть).

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена с согласия Пациента\Заказчика, данные изменения к договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

3.4. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента\Заказчика при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы (в соответствии с ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).

1. **Ответственность сторон.**

Исполнитель и Пациент\Заказчик несут ответственность за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**5. Порядок изменения и расторжения договора.**

Производится в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. В случае отказа Пациента\Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента\Заказчика о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом Пациент\Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

1. **Прочие (иные) условия.**

6.1. При заключении настоящего договора Пациент\Заказчик информирован 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.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего договора, Стороны будут решать по возможности путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до завершения получения Пациентом\Заказчиком услуг.

6.4. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Пациента (потребителя). В случае если договор заключается между Исполнителем и Пациентом\Заказчиком – физическим лицом, он составляется в 2 экземплярах. Все экземпляры договора имеют равную юридическую силу.

1. **Юридические адреса и банковские реквизиты:**

**Исполнитель:** ООО «Медицинский центр «Инь-Ян»,675000, Амурская область, г. Благовещенск, ул. 50 лет, Октября, д. 15, офис 7 (Амурская ярмарка), тел. 22-66-88, 549-527

ИНН/КПП 2801124442/280101001

р/с 40702810800005000779

ОАО «Азиатско-Тихоокеанский банк»

к/с 30101810300000000765

Генеральный директор С.Е. Ши \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)

М.П.

**Пациент (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт Серия Номер Выдан**

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения о Заказчике – юридическом лице**:

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

Подпись представителя Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_