Настоящим я, _____ подтверждаю, что до
(Ф.И.О. Пациента)
заключения договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, 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.

_____ _____
(подпись) (дата)

# ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

город Чебоксары «____»_____ 20____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «София» (ООО «МЦ «София»), в лице администратора _____, действующего на основании доверенности_____, осуществляющее свою деятельность на основании свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 21 № 000861817, выданного Министерством Российской Федерации по налогам и сборам 05.02.2004 и лицензии [1] № ЛО-21-01-002023, выданной Министерством здравоохранения Чувашской Республики[2] 24.04.2020, именуемое далее ИСПОЛНИТЕЛЬ, с одной стороны, и гражданин(ка)_____,
именуемый(ая) далее ПАЦИЕНТ, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать ПАЦИЕНТУ платные медицинские услуги в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими нормами, а ПАЦИЕНТ обязуется своевременно оплатить их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Перечень оказываемых платных медицинских услуг, их стоимость, сроки оказания услуг, сроки ожидания предоставления медицинских услуг определяются Сторонами на основании ст. 429.1 Гражданского кодекса Российской Федерации в виде приложений к настоящему договору, являющимися его неотъемлемой частью.

## 2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются ИСПОЛНИТЕЛЕМ при наличии информированного добровольного согласия ПАЦИЕНТА. Стороны соглашаются с тем, что личная подпись ПАЦИЕНТА в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство является подтверждением предоставления ИСПОЛНИТЕЛЕМ необходимой и достоверной информации о состоянии здоровья, о медицинских услугах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- на основе клинических рекомендаций;
- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. ПАЦИЕНТ подтверждает, что согласовал платные медицинские услуги в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, предусмотренных стандартами медицинской помощи, и/или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.4. Стороны соглашаются с тем, что ПАЦИЕНТ информирован ИСПОЛНИТЕЛЕМ о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике, Тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию в Чувашской Республике без взимания платы, перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.

2.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни ПАЦИЕНТА при внезапных острых заболеваниях и состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.6. Оказание медицинских услуг подтверждается актом об оказании платных медицинских услуг, который составляется в двух экземплярах.

## 3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость оказываемых платных медицинских услуг определяется на основании утвержденного ИСПОЛНИТЕЛЕМ перечня (прейскуранта цен) платных медицинских услуг, действующего на момент оформления приложений к настоящему договору.

3.2. Оплата за платные медицинские услуги, предусмотренные приложениями к настоящему договору, осуществляется ПАЦИЕНТОМ после их оказания в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет ИСПОЛНИТЕЛЯ, либо посредством оплаты банковской картой, либо иным, не запрещенным законом способом, в день оказания услуг. При заключении договора ПАЦИЕНТ, по желанию, может оплатить медицинские услуги непосредственно перед их оказанием в полном объеме или внести аванс.

## 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. ***ПАЦИЕНТ имеет право***:

4.1.1. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы специалистов ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4.1.2. Получать информацию об ИСПОЛНИТЕЛЕ, об услугах, их эффективности, получать в доступной для понимания форме информацию о существующих методах лечения и диагностики.

4.1.3. Получать информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

4.1.4. Получать информацию 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.

4.1.5. Задавать любые интересующие вопросы о заболевании, диагнозе, о состоянии здоровья, о видах лечения, получать на них ответы.

4.1.6. На получение платных медицинских услуг в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими нормами.

4.1.7. На предоставление документов, подтверждающих правоспособность ИСПОЛНИТЕЛЯ, иных сотрудничающих с ИСПОЛНИТЕЛЕМ учреждений и организаций, а также на предоставление информации в доступной форме о медицинском персонале.

4.1.8. Расторгнуть договор в одностороннем порядке при условии оплаты ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесённых им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг.

4.2. ***ПАЦИЕНТ обязан***:

4.2.1. Оплатить своевременно и в полном объеме стоимость оказанных платных медицинских услуг, предусмотренных приложениями к настоящему договору.

4.2.2. Предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ в лице лечащего врача полную информацию и документы или их копии, касающиеся состояния здоровья, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора и в течение его действия (в т.ч. проведенных ранее обследованиях, перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах и аллергических реакциях на лекарственные средства, противопоказаниях, принимаемых на день обращения к ИСПОЛНИТЕЛЮ препаратах).

4.2.3. Выполнять указания (рекомендации), предписания медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги, в точном соответствии для обеспечения предоставления медицинской услуги в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими нормами.

4.2.4. Уведомить ИСПОЛНИТЕЛЯ не менее чем за один день до назначенного времени явки о переносе получения медицинской услуги.

4.2.5. Заботиться о сохранении своего здоровья, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациентов в ООО «МЦ «София».

4.2.6. Иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. ***ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан***:

4.3.1. Оказать ПАЦИЕНТУ квалифицированные медицинские услуги в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими нормами в установленные сроки.

4.3.2. Предоставлять бесплатную, достоверную информацию об ИСПОЛНИТЕЛЕ, об услугах, их эффективности, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, о гарантийных сроках на медицинские изделия, определенных изготовителем.

4.3.3. В доступной форме информировать ПАЦИЕНТА о выявленном состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия ПАЦИЕНТА на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством.

4.3.4. Отвечать на все вопросы ПАЦИЕНТА, имеющие отношение к медицинским услугам, составляющим предмет настоящего договора.

4.3.5. Обеспечить ПАЦИЕНТУ непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

4.3.6. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления.

4.3.7. В случае отказа лечащего врача от наблюдения и лечения ПАЦИЕНТА, если такой отказ лечащего врача непосредственно не угрожает его жизни и здоровью, организовать замену ПАЦИЕНТУ лечащего врача.

4.3.8. Выдать ПАЦИЕНТУ медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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, без взимания дополнительной платы.

4.4. ***ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право***:

4.4.1. При выявлении у ПАЦИЕНТА противопоказаний к проведению комплекса медицинских услуг, предусмотренных дополнительными соглашениями к настоящему договору, вправе отказать в предоставлении вышеуказанных медицинских услуг, уведомив об этом ПАЦИЕНТА, и возвратить ПАЦИЕНТУ уплаченные денежные средства за вычетом стоимости оказанных медицинских услуг.

4.4.2. Назначить дополнительные исследования, если это необходимо для постановки и уточнения диагноза, с согласия ПАЦИЕНТА.

4.4.3. Привлекать третьих лиц для исполнения настоящего договора и нести ответственность перед ПАЦИЕНТОМ за качество предоставляемых услуг и выполненных работ третьими лицами.

4.4.4. Перенести лечебное мероприятие на новый срок при опоздании ПАЦИЕНТА на прием более чем на 15 минут от назначенного ИСПОЛНИТЕЛЕМ времени приема, если это не позволит провести качественное лечение в оставшееся забронированное время приёма.

4.4.5. Расторгнуть договор в одностороннем порядке, уведомив об этом ПАЦИЕНТА, в случае нарушения им Правил поведения пациента в ООО «МЦ «София» и режима лечения, в случае неоднократной его неявки на приём без предварительного уведомления ИСПОЛНИТЕЛЯ не менее чем за один день до назначенного дня приёма; в случае отказа лечащего врача от его лечения, если такой отказ лечащего врача непосредственно не угрожал его жизни и здоровью, и у ИСПОЛНИТЕЛЯ отсутствует возможность замены ПАЦИЕНТУ лечащего врача; в случае нарушения ПАЦИЕНТОМ условий договора.

4.4.6. Изменить цену услуг, оказываемых по настоящему договору, в одностороннем порядке при изменении цен на предоставляемые ИСПОЛНИТЕЛЕМ медицинские услуги (Перечня (прейскуранта) платных медицинских услуг), уведомив об этом ПАЦИЕНТА.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору ПАЦИЕНТ и ИСПОЛНИТЕЛЬ несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2 Вред, причиненный жизни или здоровью ПАЦИЕНТА в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственность за последствия нарушения сроков оказания услуг в случае, если нарушение сроков оказания услуг произошло по вине ПАЦИЕНТА.

5.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления ПАЦИЕНТОМ неполной информации о своем здоровье в соответствии п.4.2.2. настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также за невыполнение условий, предусмотренных п.4.2.3. настоящего договора.

## 6. ФОРС-МАЖОР

6.1. В случае, когда невозможность исполнения обязательств по договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, ПАЦИЕНТ возмещает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные им расходы.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

## 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует по 31 декабря 20__ года включительно со дня его подписания. По истечении срока договора при условии надлежащего исполнения сторонами обязательств и отсутствии уведомления сторон о расторжении договора договор автоматически продлевается на каждый последующий календарный год на тех же условиях. Договор может быть автоматически пролонгирован неоднократно.

7.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Главой 39 Гражданского кодекса Российской Федерации сторонам дано право на односторонний отказ от договора (исполнения договора). Об одностороннем отказе от договора (исполнения

договора) сторона по договору уведомляет другую сторону письменно за 14 (календарных) дней до предполагаемой даты отказа от договора (исполнения договора). В случае одностороннего отказа от договора (исполнения договора) по инициативе ПАЦИЕНТА последний в силу ст. 782 ГК РФ обязан оплатить ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные им расходы в течение 3 (трех) рабочих дней со дня расторжения договора. С момента получения стороной уведомления и оплаты ПАЦИЕНТОМ фактически понесенных ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходов договор прекращается и считается расторгнутым.

7.3. Вносимые дополнения и изменения в настоящий договор оформляются дополнительным соглашением.

## 8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

8.1. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность персональных данных ПАЦИЕНТА и обеспечивать безопасность персональных данных ПАЦИЕНТА при их обработке, выполнять требования к защите обрабатываемых персональных данных в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

8.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

8.3. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

- о форме и содержании Договора;
- о сведениях, составляющих врачебную тайну;
- о стоимости услуг, оказанных ИСПОЛНИТЕЛЕМ ПАЦИЕНТУ.

## 9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Все возможные конфликты, разногласия и споры, вытекающие из настоящего договора или в связи с ним, стороны будут урегулировать в досудебном порядке, а именно путём переговоров, с помощью процедуры медиации, в претензионном порядке урегулирования спора. При недостижении соглашения, все разногласия разрешаются в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9.2. Режим работы Исполнителя: понедельник, вторник, среда, четверг, пятница - с 8 час.00 мин. до 20 час. 00 мин.; суббота - с 8 час.00 мин. до 16 час. 00 мин.; воскресенье – выходной день.

## 10. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

10.1. ПАЦИЕНТ уведомлён, что платные медицинские услуги не финансируются из бюджета.

10.2. ПАЦИЕНТ подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях платных медицинских услуг, условиях их бесплатного предоставления и оплачивает стоимость оказанных платных медицинских услуг по собственной инициативе.

10.3. Платные медицинские услуги оказываются ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утв. постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 №736 и Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## 11. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ПАЦИЕНТ:** |
|---|---|
| **Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «София» (ООО «МЦ «София»)**<br>Юридический адрес: 428009, Чувашская Республика-Чувашия, город Чебоксары, ул. Н. Сверчкова, д.11, корпус 1<br>Адрес места нахождения:428009, Российская Федерация, Чувашская Республика-Чувашия, г. Чебоксары, ул. Н. Сверчкова, д.11, корпус 1, помещение №1, помещение №3<br>428009, Российская Федерация, Чувашская Республика-Чувашия, г. Чебоксары, ул. Н. Сверчкова, д.11, корпус 1, помещение №2, помещение №10<br>428010, Российская Федерация, Чувашская Республика-Чувашия, г. Чебоксары, ул. Богдана Хмельницкого, д.109, корпус 3, помещение №25, помещение №29<br>E-mail: Sophia@chebnet.com,<br>Сайт: Sofia-medcentr.ru<br>ОГРН: 1042129001221 ИНН/КПП: 2129052785 / 213001001<br>р/с: 40702810410530004450 в филиале "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" Банка ВТБ ПАО Г. МОСКВА БИК 044525411 к/с: 30101810145200000411<br>Тел. (8352) 43-02-02, 43-01-92, 35-16-03,<br>+7 927 844 04 09 +7 937 950 26 26<br>_____<br>м.п. | Ф.И.О._____<br>_____<br>_____<br>Адрес места жительства: _____<br>_____<br>_____<br>Иные адреса (при наличии): _____<br>_____<br>Документ, удостоверяющий личность: _____<br>_____<br>_____<br>Телефон: _____<br>_____<br>Подпись _____ |

1. Лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-21-01-002023, выдана Министерством здравоохранения Чувашской Республики 24 апреля 2020 г. Срок действия лицензии на медицинскую деятельность: бессрочно.

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, лечебному делу, медицинской статистике, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии, управлению сестринской деятельностью; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности (адрес осуществления медицинской деятельности: 428009, Российская Федерация, Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, ул. Н. Сверчкова, д.11, корпус 1, помещение №1, помещение №3).

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской хирургии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной

диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности (адрес осуществления медицинской деятельности: 428009, Российская Федерация, Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, ул. Н.Сверчкова, д.15 А, помещение № 2, помещение № 10).

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, стоматологии ортопедической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, рентгенологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи (адрес осуществления медицинской деятельности: 428010, Российская Федерация, Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, ул. Богдана Хмельницкого, д. 109, корпус 3, помещение № 25, помещение № 29).

2. Министерство здравоохранения Чувашской Республики. Адрес: 428004, Чувашская Республика-Чувашия, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д.17 Телефон: (8352) 62-35-94, 26-13-39

Я даю согласие/не даю согласие (нужное подчеркнуть, ненужное зачеркнуть) Исполнителю на рассылку мне информации, связанной с исполнением договора, в том числе актов об оказании услуг, информации рекламного характера (как в период действия договора, так и после истечения срока его действия)

по телефону, указанному в разделе 11 «Реквизиты и подписи сторон»; по электронной почте: e-mail: _____

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| (дата) | (подпись) | (расшифровка подписи) |