ОБРАЗЕЦ

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг

г. Тюмень 21.08.2024

Общество с ограниченной ответственностью «Никойл», ИНН 7203348710, ОГРН 1157232024619, в лице уполномоченного лица Радченко Олега Александровича, действующего на основании доверенности от 18.06.2024, лицензии № Л041-01193-86/00589223 от 08.04.2020, выданной Департаментом здравоохранения Тюменской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и
ФИО, , именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик» («Потребитель»), с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона» заключили настоящий договор оказания платных услуг о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА
1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых ему Исполнителем медицинских услуг в полном объеме в соответствии с Приложением 1 к Договору.
1.2. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии, в соответствии с условиями настоящего Договора и Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736.
1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги по адресу:
1.4. Перечень услуг Исполнителя, подлежащих оказанию по Договору, устанавливается в Смете (Приложение № 1 к настоящему Договору) на основании Прейскуранта Исполнителя, действующего на момент заключения Договора.
1.5. Медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью, если иное не согласовано Сторонами.
1.6. Предоставление медицинских услуг осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
1.7. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН
2.1. Потребитель обязан:
2.1.1. Своевременно произвести оплату за предоставляемые медицинские услуги, в соответствии с условиями настоящего Договора.
2.1.2. Выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
2.1.3. Предоставить полную, достоверную и правдивую информацию лечащему врачу о своих жалобах, прошлых заболеваниях, госпитализациях, медицинских манипуляциях и вмешательствах, об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
2.1.4. Незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.
2.1.5. Соблюдать распорядок дня, установленный Исполнителем, сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии своего здоровья в процессе получения медицинской услуги.
2.1.6. Соблюдать предписания лечащего врача, режим лечения, правила поведения, установленные внутренним распорядком Исполнителя.
2.1.7. Заботиться о своем здоровье, не предпринимать действий, наносящих ущерб здоровью других граждан, соблюдать права других пациентов и персонала медицинской организации, бережно относиться к имуществу медицинской организации.
2.2. Потребитель имеет право:
2.2.1. На получение информации от Исполнителя о состоянии своего здоровья, в рамках установленных законодательством РФ.
2.2.2. На получение копии Лицензии Исполнителя на осуществление медицинской деятельности.
2.2.3. На получение в доступной форме информации о технологии оказания медицинских услуг, информацию об исполнителях медицинских услуг (квалификация, сертификат-специалиста).
2.3. Исполнитель обязан:
2.3.1. Качественно и согласно методикам проведения оказывать медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора.
2.3.2. Информировать Потребителя о времени, сроках и условиях оказания медицинских услуг.
2.3.3. Доводить до Потребителя полную и достоверную информацию о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги.
2.3.4. Обеспечивать соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.
2.3.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством

порядке.
2.3.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.
2.3.7. Предоставить Потребителю информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
2.3.8. Обеспечить по требованию Потребителя или его законного представителя непосредственное ознакомление с медицинской документацией и выдать копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя в порядке, предусмотренном действующим законодательством.
2.3.9. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Потребителя, действовать в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
2.4. Исполнитель имеет право:
2.4.1. Самостоятельно формировать цены на медицинские услуги. Единичные расценки по прейскуранту, действующие на дату подписания настоящего Договора, не подлежат увеличению в период действия настоящего Договора.
2.4.2. Самостоятельно устанавливать время, место и условия оказания медицинских услуг, назначать конкретных исполнителей и своевременно уведомлять об этом Потребителя.
2.4.3. В случае причинения ущерба имуществу медицинской организации Исполнитель вправе требовать у Потребителя возмещения материального ущерба.
2.4.4. Отказать Потребителю в предоставлении медицинских услуг в следующих случаях:
- в случае нарушения Потребителем медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима;
- в случае неоплаты Потребителем медицинских услуг, и/или отказа от заключения договора;
- в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу;
- в случае выявления противопоказаний к оказываемым медицинским услугам;
- в случае нарушения Потребителем правил внутреннего распорядка Исполнителя;
- в случае отказа Потребителем от подписания согласия на медицинское вмешательство
- в случае отказа Потребителем от подписания согласия на обработку его персональных данных;
- в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем.
3.2. Расчет осуществляется Потребителем путем внесения в кассу или на расчетный счет Исполнителя предварительной 100% оплаты стоимости медицинских услуг.
3.3. Исполнитель выдает Потребителю чек или иной документ, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг.
3.4. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится, либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.
3.5. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1 Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору в соответствии с законодательством РФ.
4.2 Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
4.3 Исполнитель не несет ответственности за причиненный вред здоровью Потребителю или ненаступление выздоровления Потребителя в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Потребителем медицинских предписаний и рекомендаций, а также в случае предоставления им недостоверной информации о своем здоровье.
4.4 Ни одна из сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непреодолимых при данных условиях обстоятельств.
4.5 Сторона, для которой создалась невозможность исполнения обязательств, обязана немедленно известить другую сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращения вышеуказанных обстоятельств.
4.6 Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между сторонами, будут по возможности разрешаться путем переговоров между ними.
4.7 В случае если споры и разногласия не будут решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ в судебном порядке.
4.8 Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1 Стороны договорились о том, что они обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

5.2 Исполнитель обязуется не разглашать сведения о факте обращения Потребителя за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну в соответствии с требованиями ст.13 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5.3 Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА.
6.1. Медицинские услуги оказываются в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, а также на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, действующих на территории Российской Федерации, либо по согласованию с Потребителем, в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, действующего на территории Российской Федерации.
6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения Сторонами своих обязательств по Договору. При этом обязанность Исполнителя по оказанию услуг Потребителю возникает после полной оплаты Потребителем стоимости оказываемых услуг.
6.3. Изменение и расторжение настоящего договора возможно по соглашению сторон, либо в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ. Соглашение составляется в письменной форме и подписывается уполномоченными на то лицами.
6.4. При подписании настоящего договора и приложений к нему, Исполнитель со своей стороны вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи (п.2 ст.160 ГК РФ). По требованию Потребителя документ, заверенной факсимильной подписью, может быть заменен на документ, подписанный собственноручно уполномоченным представителем Исполнителя.
6.5. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.
6.6. Подписывая настоящий Договор Потребитель подтверждает, что до заключения Договора он был уведомлен о том, что в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Потребитель обязан соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации. Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (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 Потребителя (Потребителя).
6.7. Подписывая настоящий Договор Потребитель подтверждает, что до заключения Договора он был уведомлен о форме и способах направления обращений / жалоб в органы власти и организации, а также в адрес ООО «Никойл»: вопросы, жалобы и претензии Потребитель вправе отправить на адрес электронной почты: mcnikoil@mail.ru.
6.8. Потребитель ознакомлен с Прейскурантом цен Исполнителя, с информацией о платных медицинских услугах, порядком оказания платных медицинских услуг, расположенных в доступной форме на информационных стендах и официальном сайте ООО «Никойл», со стандартами медицинской помощи (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг.
6.9. Потребителю доведена информация о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).
6.10. Потребителю в доступной для него форме 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.
6.11. При подписании настоящего Договора Потребитель выражает добровольное согласие на передачу результатов исследований в электронном виде на адрес электронной почты Потребителя, указанный в разделе 7 настоящего Договора (при запросе Потребителя).
6.12. В целях оказания услуг по настоящему Договору при подписании настоящего Договора Потребитель дает согласие на использование Исполнителем полученных непосредственно от Потребителя сведений о состоянии его здоровья, результатах ранее проведенных исследований. Такие сведения Потребитель дает согласие на направление Исполнителю, в том числе, на электронную почту Исполнителя.
6.13. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
6.14. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

- Приложение 1 – Смета
- Приложение 2 – Информированное добровольное согласие

7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ЗАКАЗЧИК / ПОТРЕБИТЕЛЬ

Приложение №1
к Договору №
от « » 202__г

СМЕТА
на предоставление платных медицинских услуг
к договору на оказание платных медицинских услуг
№___от _____202__г.

Исполнитель: ООО «Никойл»

Заказчик / Потребитель:_____
(ФИО)

№	Наименование услуги	Количество	Сумма (в рублях)
1	2	3	4
1			
2			
3			
4			
5			
	ИТОГО:		

Исполнитель:
ООО «Никойл»

_____ / О.А. Радченко

Заказчик / Потребитель:
ФИО

_____ / ФИО

Приложение №2
к Договору №
от « » 202__г

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«_____» _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«_____» _____ _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____
(в случае проживания не по месту жительства 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 апреля 2012 г. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в **Обществе с ограниченной ответственностью «Никойл»**
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (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), в том числе после смерти:

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

«_____» _____ г.
(дата оформления)