

1 При трактовке настоящего Договора применяется следующая терминология:

1. **Платные медицинские услуги (далее МУ)** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан. 2. **Исполнитель** - ООО «Медицинский диагностический центр Фудзи» (ОГРН-1116230001821) - медицинская организация, предоставляющая МУ указанные в лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-62-01-000949 от 15 мая 2013 года, выданной Министерством Здравоохранения Рязанской области (г. Рязань, ул. Свободы, д.32, тел. 8(4912) 27-08-06) **бессрочно**. Виды работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность **Исполнителя**, согласно лицензии указаны в **приложении №1**, являющемся неотъемлемой частью данного Договора. 3. **Потребитель** - (далее **Пациент** или **Законный представитель ребенка**) - (в случае, когда пациент не достиг 15-летнего возраста) - физическое лицо, имеющее намерение получить, либо уже получающее МУ в соответствии с договором. 4. **Прейскурант МУ** - утвержденный по форме **Исполнителя** документ с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность **Исполнителя** и действующих на момент оплаты цен на них. 5. **Перечень МУ (далее Перечень)** — утвержденный по форме **Исполнителя** документ (**Приложение № 2**), содержащий сведения о пациенте, объеме оказываемых ему платных медицинских услуг, их стоимости, ФИО врача-исполнителя, дате оказания услуг. 6. **ИД**-индивидуальный договор оказания МУ.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №

ОТ «__» _____ 2018г.

Исполнитель”, в лице главного врача Цветковой Ирины Валерьевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и

Гражданина(-ки) РФ _____ (ФИО, дата рождения),

проживающий(-ая) по адресу: _____,

_____ телефон _____, именуемый(-ая) далее: «**Пациент**» (**Законный представитель ребенка**):

_____ (ФИО, дата рождения ребенка),

другой стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. СОДЕРЖАНИЕ (ПРЕДМЕТ) ДОГОВОРА: 1.1. **Исполнитель** оказывает **Пациенту** по его желанию МУ в рамках настоящего Договора и в соответствии с **Прейскурантом МУ**, а **Пациент** обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. МУ оказываются в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и настоящим Договором. **Пациент** подтверждает, что он ознакомился с Правилами оказания услуг и обязуется их соблюдать.

1.3. Оказание МУ осуществляется **Пациенту** на основании **Перечня (Приложение №2** данного Договора) в обязательном порядке включающего в себя:

1.3.1. Конкретный перечень оказываемых **Пациенту** Медицинских услуг;

1.3.2. Стоимость оказываемых услуг согласно **Прейскуранта** с учетом предоставленных **Пациенту** скидок (разовых или постоянных);

1.3.3. Ф.И.О. и специальность сотрудника МЦ, оказывающего Медицинские услуги;

1.3.4. Дата оказания Медицинских услуг.

2. УСЛОВИЯ, СРОКИ И ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДОГОВОРА: Подписывая настоящий договор, **Пациент** подтверждает, что ему в доступной форме была предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы (в том числе территориальной) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. **Исполнитель** в рамках настоящего Договора намеревается оказать **Пациенту** МУ в соответствии с подписанным **Пациентом** **Перечнем**. 2.1 **Исполнитель** обязуется оказывать соответствующие МУ выполняются качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме и в соответствии с настоящим Договором. МУ выполняется пациенту в день обращения, согласно предварительной записи с выдачей консультационного заключения. Результаты проведенных исследований, могут быть выданы по мере их обработки, но не позднее 10 (десяти дней) с момента их оказания.

2.2. Все МУ оказываются с использованием сертифицированного оборудования и расходных материалов. Для оказания медицинских услуг в рамках настоящего Договора **Исполнитель** привлекает только специалистов с действующим сертификатом, дающим право на оказание определенного типа медицинских услуг. 2.3. Оказание МУ в рамках настоящего Договора сопровождается составлением всей необходимой медицинской документации в установленном действующим законодательством порядке..

2.4. В рамках исполнения настоящего Договора **Исполнитель** при наступлении соответствующих обстоятельств обязуется немедленно известить **Пациента** о невозможности оказания ему МУ, либо сокращении объема оказываемых МУ в рамках настоящего Договора. Такими обстоятельствами могут быть: медицинские показания **Пациента**, непереносимость лекарственных средств и т.д. В случае согласия **Пациента** на сокращение объема оказываемых МУ или желания **Пациента** перенести дату оказания соответствующей услуги, регистратура МЦ фиксируют сокращение перечня оказываемых услуг документально или по согласованию с **Пациентом** переносят прием на любое доступное время соответственно. 2.5. В случае если **Пациент** согласует оказание ему услуг по лабораторной диагностике, **Исполнитель** имеет право привлекать третьих лиц, обладающих соответствующими навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима полной конфиденциальности при передаче привлеченным **Исполнителем** третьим лицам биологического материала **Пациента**, а также персональных данных **Пациента**.

2.6. **Исполнитель** также имеет право оказывать некоторые Медицинские услуги **Пациенту**, не указанные в **Перечне**, в случае, если неоказание таких услуг составляет угрозу жизни и здоровью **Пациента**, и необходимость их оказания вызвана жизненными показаниями **Пациента**. 2.7. **Пациент**, принимая условия настоящего Договора, берет на себя следующие обязанности: оплатить стоимость оказываемых ему МУ в соответствии с **Приложением №2** настоящего Договора; предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне территории **Исполнителя** (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья (здоровья ребенка), в т. ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, об имеющихся заболеваниях, а также, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения; ознакомиться с порядком и условиями предоставления МУ по настоящему Договору, а так же с изменениями к ним, если таковые будут иметь место; соблюдать и выполнять требования сотрудников **Исполнителя** к **Пациенту** по подготовке последнего к оказанию согласованных Сторонами МУ; выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих МУ в рамках настоящего Договора, правила техники безопасности и пожарной безопасности. В случае непредоставления со стороны **Пациента** имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья (здоровья ребенка), не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, **Исполнитель** не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

3. СТОИМОСТЬ ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ: 3.1. Стоимость МУ, оказываемых **Пациенту** в соответствии с настоящим Договором указывается в **Перечне** в соответствии с действующим **Прейскурантом** и с учетом предоставленных **Пациенту** скидок (разовых или постоянных). 3.2. Оплата МУ, указанных в **Перечне**, осуществляется **Пациентом** непосредственно в день оказания МУ. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях наличными деньгами, либо с использованием пластиковых карт банковских организаций.

4. ВОЗВРАТ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ И ПРЕТЕНЗИОННЫЙ ПОРЯДОК: 4.1. В случае если **Пациент** не удовлетворен качеством оказанных

ему **МУ**, последний имеет право составить письменную претензию, указав в обязательном порядке наименование **МУ**, в отношении которых предъявляется данная претензия, ФИО сотрудника **Исполнителя** - (врача), осуществившего некачественную услугу, дату оказания данной услуги, а так же суть претензий.

4.2. Претензия должна быть передана **Пациентом** администратору **Исполнителя**, с приложением Перечня оказанных **МУ** и документа, удостоверяющего факт оплаты. Претензия должна быть рассмотрена **Исполнителем** в течение 7 (семи) рабочих дней, после чего на следующий рабочий день после истечения семидневного срока для составления ответа на соответствующую претензию **Пациента**, оригинал ответа отправляется **Исполнителем** по адресу регистрации **Пациента**, указанному в Договоре оказания платных **МУ**, заказным письмом с уведомлением. При условии добровольного согласия **Исполнителя** с доводами, изложенными в претензии **Пациента**, **Исполнитель** обязуется устранить нарушения законных прав **Пациента** в течение 30 (Тридцати) рабочих дней с даты получения соответствующей претензии. В случае несогласия **Исполнителя** с доводами, изложенными в соответствующей претензии **Пациента**, данный спор передается на урегулирование суда общей юрисдикции по месту нахождения ответчика.**4.3.** Все претензии **Пациента**, выраженные в обход установленного в данном разделе порядка, рассмотрению не подлежат.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН: 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за упущенную выгоду и любые другие косвенные убытки **Пациента**.

6. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ И ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ: 6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

6.2. С письменного согласия **Пациента** или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным **Пациентом** или его законным представителем.

6.3. Подписывая Договор на оказание **МУ** с **Исполнителем**, **Пациент** в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных" дает свое согласие на обработку его персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю деятельности **Исполнителя** на основании настоящего Договора.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА: 7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

7.2. Пациент вправе в любое время отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке. В данном случае Пациент обязан уведомить об этом Исполнителя в письменной форме за 10 (десять) рабочих дней. В этом случае:

7.2.1. В течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель предоставляет Пациенту счет, в котором указывается сумма, выплаченная Пациентом, и стоимость фактически оказанных Исполнителем Пациенту медицинских услуг. Пациент в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения счета от Исполнителя обязан оплатить Исполнителю уже произведенные Исполнителем, но не оплаченные Пациентом услуги.

7.2.2. Уплаченные Пациентом денежные средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителем Пациенту услуг, подлежат возврату Пациенту в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

7.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, полностью урегулировав все финансовые вопросы с Пациентом. При досрочном расторжении настоящего Договора по своей инициативе Исполнитель направляет Пациенту уведомление о расторжении настоящего Договора и счет согласно пункту 7.2.1 настоящего Договора. Уплаченные Пациентом средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителем Пациенту услуг, подлежат возврату и возвращаются Пациенту вместе с вручением уведомления о расторжении Договора и счетом. Пациент обязан оплатить Исполнителю уже оказанные, но не оплаченные услуги в течение 2 (двух) рабочих дней с момента получения счета Исполнителя.

7.4. Прекращение (окончание срока) действия настоящего Договора влечет за собой прекращение обязательств Сторон по нему, но не освобождает Стороны настоящего Договора от ответственности за его нарушение, если таковые имели место при выполнении условий настоящего Договора.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ: Стороны обязуются решать все возникшие по настоящему Договору споры путем переговоров представителей сторон. Все неурегулированные сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

9. РЕКВИЗИТЫ: ООО МДЦ «ФУДЗИ»

ООО «Медицинский диагностический центр «Фудзи»

390046, г. Рязань, Ул. Свободы, д. 74.

Свидетельство о государственной регистрации

юридического лица 1116230001821 Выдано МИФНС №3

по Рязанской области 5 июля 2011года

Отделение 8606 Сбербанка России г. Рязани

РС 407028106530000000081

БИК 046126614

КС 30101810500000000614

ИНН 6230074230

10. ПРИЛОЖЕНИЕ №1 ИД: Виды деятельности, выполняемые работы и услуги:

390000, Рязанская область, г. Рязань, ул. Фрунзе, д.6:

При осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в т.ч.

а) при осуществлении первичной медико-санитарной помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине.

390046, Рязанская область, г. Рязань, ул. Свободы, д.74:

При осуществлении первичной доврачебной медицинской помощи по: лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии физиотерапии, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической помощи, в т.ч. по а) аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, нефрологии, общественному здоровью и организации здравоохранения, оториноларингологии, офтальмологии, педиатрии, пульмонологии, стоматологии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, эндоскопии;

в) При осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, детской хирургии, мануальной терапии, психиатрии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике.

М. П

Исполнитель (в лице гл. врача)

/Цветкова И.В./

Пациент

/Ф.И.О.

/