**Договор на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

 «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. г. Москва

 **"Пациент"(законный представитель Пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**именуемый в дальнейшем «Заказик»,** с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Джи Компани» (далее – ООО** «**Джи Компани**»), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице Главного врача Нефедовой Елены Владимировны, действующей на основании Генеральной доверенности №\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года, (ООО «Джи Компани») зарегистрировано 6 августа 2021 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве ОГРН 1217700367609), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **1. Предмет договора**
2.

1.1. По настоящему Договору Исполнитель оказывает Пациенту медицинские услуги:

| **П/н** | **Наименование услуги** |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

на условиях, определённых настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1 настоящего Договора:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1.3. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.4. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-статус: лицензия действующая

-регистрационный номер: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- дата предоставления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- лицензирующий орган: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках договора:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

  **2. Права и обязанности сторон.**

* 1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи, с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и положений об организации оказания медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи, включающей в себя сведения о местонахождении лечебного учреждения, режиме работы, перечне платных медицинских и иных услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о лицензии лечебного учреждения,

квалификации и сертификации специалистов, оказывающих платные услуги.

2.1.3. Оказывать только те платные услуги, перечень которых утверждён Министерством Здравоохранения Саратовской области, и который соответствует действующей лицензии.

2.1.4. Предоставлять Заказчику информацию о бесплатно оказываемых медицинских услугах в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и т.д.).

2.1.6. После исполнения Договора выдать Пациенту медицинские документы (копии, выписки), 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.

2.1.7. Получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство в соответствии со ст.20 ФЗ от 21.11.2011 года №323 «Об основых охраны здоровья граждан в РФ».

2.1.8. Своевременно информировать Заказчика о применяемых методах обследования и лечения, возможности развития осложнений.

2.1.9 Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

2.1.10. Получить информированное добровольное согласие Заказчика на медицинское вмешательство в соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.11. В связи с использованием в клинике видеонаблюдения информировать пациента о проведении видеозаписи его биометрических персональных данных.

* 1. **Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Определять длительность лечения, объём лечебно-диагностических услуг.

2.2.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объём исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренных настоящим договором.

2.2.3. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.4. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий, немедленно уведомив его об этом Заказчика, в случаях:

- при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения,обнаруженной в ходе лечения,

- в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 3 настоящего Договора,

- при предоставлении Заказчиком неполных и/или недостоверных сведений, связанных со здоровьем Пациента,

- при нарушении Заказчиком (Пациентом) правил внутреннего распорядка учреждения.

* 1. **Заказчик обязуется:**

2.3.1. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Оплатить стоимость медицинских и иных услуг, согласно утверждённому Прейскуранту в соответствии с настоящим Договором.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

2.3.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

2.3.7.Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.3.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.3.9. Соблюдать правила внутреннего распорядка медицинского учреждения ООО **«**Джи Компани**»,** лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.10.В соответствии со ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дать информированное добровольное согласие на определённые виды медицинского вмешательства. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство оформляется в письменной форме, подписывается Заказчиком и содержится в медицинской документации.

2.3.11. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

* ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);
* ознакомил его с действующим в ООО **«**Джи Компани**»** Прейскурантом на платные медицинские услуги,
* ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО **«**Джи Компани**»**;
* до заключения настоящего Договора уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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 Пациента.
* ознакомил его с показаниями, противопоказаниями и возможными осложнениями (в т.ч. и отдалёнными) на проводимую процедуру.

2.3.12. Подписав настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

* 1. **Заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях,состоянии своего здоровья.

2.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг (в том числе отказаться от медицинского вмешательства) до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат,связанных с подготовкой оказания услуг. Либо на любом этапе получения медицинских услуг и получить обратно часть уплаченной суммы с возмещением Исполнителю затрат за уже оказанные услуги. Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается Заказчиком и содержится в медицинской документации.

2.4.4. На предоставление полной и достоверной информации о медицинской услуге, состоянии его здоровья, или Пациента (в случае подписания договора законным представителем Пациента)

2.4.5. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность лечебного учреждения и его специалистов на оказание платных медицинских и иных услуг (лицензия, дипломы, сертификаты, удостоверения и др.).

2.4.6. На возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинских и иных услуг.

2.4.7. На выбор врача (медицинского сотрудника), который будет оказывать медицинскую услугу.

2.4.8. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

1. **Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту в рублях, действующему на момент заключения настоящего Договора. Согласно перечню медицинских услуг в пункте 1.1 настоящего Договора стоимость составляет\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в порядке 100% предоплаты до получения медицинских и иных услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на расчётный счет Исполнителя.

3.3. При наличии у Заказчика полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения Заказчика Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке Заказчика Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев).

3.4. По желанию Заказчика, действующего в интересах Пациента, стоимость услуг может оплатить сам Заказчик или иные физические и юридические лица.

3.5. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных договором, они выполняются с согласия или пот просьбе Заказчика с оплатой по утвержденному Прейскуранту. Дополнительные услуги,при необходимости их оказания,предоставляются:на основании отдельно заключаемого договора.

3.6. Исполнитель обязан выдать Заказчику чек в случае произведения расчётов за платные услуги через кассу учреждения посредством ККМ.

3.7. В случае если предварительная стоимость медицинских услуг превысит окончательному.,Исполнитель возвращает разницу Заказчику (или иному физическому лицу, производившему оплату лечения Пациента). Не позднее дня окончания оказания услуг.

3.8. В случае если окончательная стоимость услуг превысит предварительную, Заказчик производит доплату оставшейся суммы не позднее дня окончания оказания услуг.

**4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

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 оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

4.4 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.5. В случае возникновения претензионных требований, оформленных в письменном виде со стороны Заказчика (Потребителя) на имя Главного врача - претензия рассматривается в десятидневный срок.

4.6. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) только за умышленные виновные действия персонала, но не более реального ущерба, причинённого Пациенту, и не несет ответственности за действия третьих лиц.

4.7. Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнения, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и побочные эффекты и осложнения,перечисленные в п.4.4 настоящего Договора, возникли вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

4.8. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы,а также по иным основаниям,предусмотренным законом, при том,что ухудшение состояния здоровья пациента может возникнуть после оказания медицинской услуги,но не вследствие её.

 **5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Заказчик (Пациент) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

5.3. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.4. Для обращения в суд по поводу качества оказания платных услуг стороны договорились о проведении независимой экспертизы.

1. **Заключительные положения**

6.1. Настоящий Договор заключается в 2-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика (Потребителя).

6.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

6.3. Споры и разногласия решаются путем переговоров между Сторонами.

6.4. После исполнения настоящего Договора Исполнителем выдаются Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

6.5.Настоящий договор вступает в силу с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года и действует по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ года.

 **7. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон :**

| **Исполнитель:** | **Заказчик (Пациент)\Законный представитель:** |
| --- | --- |
| **ООО «Джи Компани»** | **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Юридический адрес: 123100, Москва г, ул Мантулинская, д. 9, к. 3, этаж 1, помещ. 8Н | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес оказания медицинской услуги: 123100, Москва г, ул Мантулинская, д. 9, к. 1 | Дата и год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Документ, удостоверяющий личность:\_\_\_\_\_\_ |
| ОГРН 1217700367609ИНН\КПП9703042829/770345001р/сч 40702810338000147506 в Банк ПАО Сбербанк | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Адрес и место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| БИК 40702810338000147506 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| тел.\факс +7 (929) 519-33-55 | Тел:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|   **9. Подписи сторон** |  |
| Главный врач**ООО Джи Компани»**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е.В.Нефедова |  **Заказчик (Пациент) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 мп