

Образец договора оказания платных медицинских услуг.

г.Курск

07.09.2023

Общество с ограниченной ответственностью «Космо-Дент», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шварц Натальи Евгеньевны, действующего на основании устава с одной стороны и ФИО ,

(Ф.И.О. потребителя (заказчика))

01.09.2023 года рождения, действующий (-ая) от своего имени и в своих интересах, как физическое лицо, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, совместно именуемые стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В течение срока действия договора Исполнитель, при каждом обращении **Потребителя (Заказчика)**, оказывает **Потребителю (Заказчику)** на возмездной основе медицинские услуги (далее – Услуги), а **Потребитель (Заказчик)** оплачивает каждую оказываемую Исполнителем Услугу.

1.2. Наименование, срок (дата) и стоимость каждой Услуги по договору, включая первичную консультацию врача (при необходимости), указывается в Списке платных медицинских услуг, форма которого указана в Приложении № 1 к настоящему договору (в дальнейшем – Список). Все Списки являются неотъемлемыми частями договора.

1.3. Исполнитель оказывает **Потребителю (Заказчику)** Услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10 апреля 2014 г. № ЛО-46-01-001055, выданной комитетом здравоохранения Курской области (адрес лицензирующего органа: город Курск, Красная площадь, д. 6, тел. 51-47-20). Услуги оказываются по адресу: 305014 г. Курск, проспект Победы, д. 18 т.: 8 (4712) 389694. 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; сестринскому делу в косметологии; рентгенологии;

- **При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: косметологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.**

ОГРН: 1034637040734 от 06.11.2003

1.4. При заключении договора **Потребителю (Заказчику)** в доступной форме была представлена информация 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.

1.5. При заключении договора **Потребителю (Заказчику)** в доступной форме была представлена информация 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.

1.6. Потребитель(заказчик), получая от медицинские услуги подтверждает, что Исполнитель в доступной для Потребителя форме и в соответствии требованиям законодательства РФ ознакомил его с: правилами предоставления медицинских услуг ,политикой обработки персональных данных, условиями оказания и получения услуг, правилами внутреннего распорядка для потребителя, режимом работы ООО «Космо-Дент».

1.7. Предоставленные в рамках настоящего договора медицинские услуги соответствуют номенклатуре медицинских услуг, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приказ Минздрава РФ от 13.10.2017 № 804Н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»).

2. Обязательства и права Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ, а также Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг Исполнителем (в дальнейшем – Положение) и иными локальными документами Исполнителя. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Положению), далее – Перечень Услуг.

2.2. При отсутствии у **Потребителя (Заказчика)** по факту оказания Услуги претензий к Исполнителю по качеству, стоимости и срокам оказания Услуги, Услуга считается полученной **Потребителем (Заказчиком)** в полном объеме и оказанной Исполнителем в соответствии с условиями Договора.

2.3. Исполнитель оказывает Услуги по ценам, указанным в действующем у Исполнителя на момент оказания Услуг прейскуранте (далее – Прейскурант).

2.4. Исполнитель, по месту оказания Услуг, обеспечивает **Потребителю (Заказчику)** возможность ознакомления с указанными в разделе 1 договора лицензией и приложением к ней, Положением, Перечнем услуг, Прейскурантом, режимом работы Исполнителя, перечнем категорий граждан, имеющих право на получение льгот (Приложение 2 к Положению).

2.5. Исполнитель вправе отказать **Потребителю (Заказчику)** в оказании Услуг при нарушении им требований настоящего договора и в иных установленных в законодательстве РФ случаях.

2.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять локальные документы, регламентирующие условия оказания Услуг Исполнителем, в том числе Положение, Перечень Услуг, Прейскурант, Приложения к Положению, своевременно размещая обновленную информацию по месту оказания Услуг.

Потребитель (Заказчик) обязан:

2.7.1. ознакомиться с указанными в настоящем договоре документами и исполнять их условия, а также требования настоящего договора и действующего законодательства РФ. **Потребитель (Заказчик)** несет любые риски, связанные с нарушением им настоящего пункта.

2.7.2. подписывать добровольные информированные согласия по форме утвержденной законодательством РФ, при каждом обращении к Исполнителю и оплачивать полную стоимость каждой Услуги до момента её оказания в соответствии со Списком (через кассу Исполнителя или по безналичному расчету). Оплата Услуги с проставлением отметки об оплате Услуг (Услуги) на Списке является акцептом **Потребителя (Заказчика)** соответствующего Списка услуг (акцептом условий оказания Услуг).

2.8. **Потребитель (Заказчик)** вправе отказаться от получения Услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно оплаченную сумму за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуг, либо на любом этапе получения Услуг и получить обратно часть оплаченной суммы за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат за уже оказанные Услуги. Возврат

денежных средств осуществляется Исполнителем по отдельному письменному заявлению в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего заявления от **Потребителя (Заказчика)**. Денежные средства возвращаются **Потребителю (Заказчику)** в той же форме (наличной через кассу или безналичной на счет **Потребителя (Заказчика)**), в какой они были получены от него Исполнителем.

2.9. Иные права и обязательства, вытекающие из предмета настоящего договора, а также ответственность Сторон, определяются в соответствии с действующем законодательством РФ и при этом Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Заказчиком)** только в размере документально подтвержденного реального ущерба и при доказательстве **Потребителем (Заказчиком)** факта ненадлежащего оказания услуг Исполнителем.

2.10. По требованию **Потребителя(Заказчика)** в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего запроса и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ предоставить ему документы, дающие право на получение налогового вычета по НДФЛ.

2.10.1. По требованию **Потребителя(Заказчика)** после исполнения договора Исполнителем в течении 10 рабочих дней с даты поступления соответствующего запроса и в соответствии с приказами 1050Н, 789Н, 972Н предоставить медицинскую документацию (копия медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.11. При заключении договоров возмездного оказания медицинских услуг с физическими лицами (законными представителями) выдавать «Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг по договору возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу (законному представителю)» только по запросу **Потребителя (Заказчика)** (приложение № 2 к договору).

2.12. Исполнитель освобождается от ответственности в установленных законодательством случаях, а также если докажет, что ухудшение состояния здоровья **Потребителя (Заказчика)** возникло не вследствие оказанной Услуги.

2.13. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.

2.14. Стороны согласились, что настоящий договор, а также иные документы, связанные с его исполнением, могут быть подписаны уполномоченным лицом Исполнителя с использованием факсимильного воспроизведения подписи. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

3. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

3.2. Исполнитель несет ответственность перед **Потребителем (Заказчиком)** только за умышленные виновные действия персонала.

Исполнитель освобождается от ответственности перед **Потребителем (Заказчиком)** в следующих случаях:

3.3.1. При нарушении **Потребителем (Заказчиком)** условий настоящего Договора, в том числе при возникновении осложнений из-за невыполнения **Потребителем (Заказчиком)** рекомендаций, предписаний или назначений врача, или при несвоевременном извещении Исполнителя о возникших осложнениях.

3.3.2. При возникновении аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.

3.3.3. При отказе **Потребителем (Заказчиком)** от медицинских вмешательств, рекомендованных Исполнителем.

3.3.4. При неявке **Потребителя (Заказчика)** на контрольный осмотр. В этом случае, в медицинской документации **Потребителя (Заказчика)** врачом делается запись о неявке на прием со стороны **Потребителя (Заказчика)** и отсутствии жалоб, претензий.

В случае неявки **Потребителя (Заказчика)** на контрольный осмотр или при обращении **Потребителя (Заказчика)** в другое лечебное учреждение Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата от процедур.

4. Порядок разрешения споров

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

4.2. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.

5. **Заключительные положения.**

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течении 12 месяцев. Договор может быть прекращен по письменному заявлению Законного представителя, при условии оплаты в полном объеме ранее оказанных Услуг, а также по инициативе Исполнителя в случаях и в порядке указанных в законодательстве и в договоре.

5.2. Договор может быть изменен по письменному соглашению сторон.

5.3. По вопросам, не отраженным в договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации. Все приложения к договору являются его неотъемлемыми частями.

5.4. Стороны признают, что договор рассматривается исключительно в совокупности с документами, указанными в п.п. 1.2., 1.3., 2.1-2.4., 2.8. договора.

5.5. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«Космо-Дент» (ООО)

Адрес: 305014, г. Курск, проспект Победы, д. 18

Почтовый адрес 305014, г. Курск, проспект
Победы, д. 18

ИНН/КПП 4632037429/463201001

ОГРН 1034637040734, свидетельство о внесении
записи в ЕГРЮЛ 46 № 000672155 от 06.11.2003 г,
выдано: инспекция МНС России по г. Курску.

Банковские реквизиты:

ООО «Космо-Дент»

Счет № 40702810733020104280 в Курском ОСБ
№8596,

КС № 30101810300000000606,

БИК 043807606

Телефон: 8(4712) 38-96-94

e-mail: cosmodent@bk.ru

От Исполнителя:

(должность)

_____ / _____ /

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Законный представитель:

Место

жительства: _____

Место регистрации: _____

Документ, удостоверяющий личность (паспорт):

Серия _____ номер _____

Дата выдачи: « ____ » _____ года

Выдавший орган: _____

Телефон:

Потребитель (Заказчик):

Ф.И.О:

Место жительства:

Дата рождения:

Законный представитель:

(полностью ф.и.о. и подпись)

Приложение №3 к договору оказания платных медицинских услуг

ООО « КОСМО-ДЕНТ»

г.Курск, Пр.Победы, д.18

тел.38-96-94

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, ФИО

в соответствии с требованиями статьи № 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", даю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: косметологическое лечение.

Я в полной мере проинформирован (а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах данного медицинского вмешательства.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно соглашаюсь на медицинское вмешательство.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу заболевания, осведомлен(а) об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения побочных эффектов и осложнений, аллергических реакции и др.

Запрета, либо противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____

(указать какие, если имеются исключения)

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и

осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____

(указать какие, если имеются исключения)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в том числе рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

В соответствии с Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390 я также даю согласие на проведение при необходимости следующих вмешательств:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.
7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
9. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).
11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно.
13. Медицинский массаж.
14. Лечебная физкультура.

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

(указать ФИО)

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

**Подпись пациента и
расшифровка??**

Подпись врача и расшифровка:

Дата: 01.09.2023

Примечание: В соответствии со ст. 20 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство подписывает законный

представитель в отношении ребенка до 15-летнего возраста (в общей практике, т.е. за исключением наркологии, ВИЧ-инфекции и трансплантологии), а также в отношении недееспособного лица, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство.

Приложение №4 к договору оказания платных медицинских услуг

ООО « КОСМО-ДЕНТ»

г.Курск, Пр.Победы, д.18

тел.38-96-94

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ВЫПОЛНЕНИЕ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ УСЛУГИ

Я, ФИО

находясь на лечении в ООО «Космо-Дент», по моему добровольному желанию прошу провести мне все необходимые медицинские процедуры и мероприятия связанные с коррекцией (лечением) моих эстетических недостатков и заболеваний.

1. Мне разъяснены характер, порядок и содержание всех планируемых лечебных мероприятий, соответствующих установленному и объявленному мне диагнозу.
2. С анализами и результатами исследований, подтверждающими поставленный мне диагноз, ознакомлен(а).
3. Настоящим я доверяю врачу - Шварц Наталья Евгеньевна (в дальнейшем врач) и его коллегам выполнять все необходимые мне медицинские процедуры и мероприятия.
4. Я информирован(а) о характере предстоящих манипуляций, связанном с ними риском.
5. Я проинформирован(а) об альтернативных данному виду методах лечения и о преимуществах данного вида. Я также ознакомлен(а) с планом предлагаемого мне медикаментозного лечения и действием данных лекарственных и косметических препаратов.
6. Я заявляю, что изложил(а) врачу все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных и др. заболеваниях.
7. Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) всё вышеизложенное, имел(а) возможность обсудить с врачом все интересующие и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и последующего реабилитационного периода. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

8. Моё решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинских процедур.
9. Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне Врачом, оно мне полностью понятно, что я и удовлетворяю своей подписью.

Я внимательно ознакомился (лась) с данным документом и понимаю, что он является юридическим документом и влечет для меня правовые последствия. Настоящий документ является неотъемлемой частью моей медицинской карты.

Подпись пациента и расшифровка _____

**Подпись врача и
расшифровка:** _____

Дата: 01.09.2023 «_____» часов «_____» минут.