

Директору ООО «Диамед+» Калашникову И.Н.

От _____

(Фамилия И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

1.1. Прошу заключить со мной договор на оказание платных медицинских услуг, предусмотренных в ООО «Диамед+» (наименование услуг указано в договоре). О продолжительности услуги я проинформирован(а) медицинским персоналом ООО «Диамед+», как и о том, что данная медицинская услуга может быть оказана бесплатно в объеме и порядке, определяемом полисом обязательного медицинского страхования, в медицинском учреждении по месту регистрации данного полиса в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания населению Самарской области бесплатной медицинской помощи. Порядок и условия оказания платных медицинских услуг мне разъяснены и понятны.

Медицинское вмешательство при оказании платной медицинской услуги осуществляется по моему желанию по ценам, утвержденным в ООО «Диамед+». Я проинформирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Диамед+», оказывающих 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 моего здоровья.

Все дополнительные интересующие меня вопросы по оказанию медицинских услуг были разъяснены мне в устной форме.

Договор № _____ на оказания платных медицинских услуг

Город Кинель

«__» _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Диамед+» (ОГРН 1176313103086. Зарегистрировано 27.11.2017г. в МИФНС №4 по Самарской области, ИНН 635025362), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **администратора ООО «Диамед+» Орловцевой Е.А.** (должность, ФИО лица, заключающего договор от имени Исполнителя), действующего на основании Устава (**доверенности от 01.10.2018. №1**), и в соответствии с постановлением правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», руководствуясь ФЗ от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» с одной стороны, и **представителем пациента:**

Ф.И.О. (представитель пациента, отец, мать, опекун)

пациент:

Ф.И.О.(ребенок; пациент, интересы которого предоставляются представителем)
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор на основании изложенного выше заявления о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги: _____ на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора зависят от состояния здоровья Пациента, графика работы врача и согласовывается с пациентом в Планах лечения (Приложение 1).

После оказания услуг Исполнитель выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.

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

1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

№ ЛО-63-01-005437 от 07.02.2020г., выдана Министерством здравоохранения Самарской области (почтовый адрес и место нахождения: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73, тел. +7 (846) 332-10-73).

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией опубликован в сети Интернет на официальном сайте diamedkinel.ru и на информационном стенде клиники: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи, при проведении

медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз – по номенклатуре, указанной в приложениях к лицензии.

Потребитель подтверждает, что ознакомлен с данной лицензией и приложениями к ней.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3 После исполнения Договора 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.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3. Исполнитель имеет право:

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

2.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Пациент 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.

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

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей.

3.2. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг Пациент вправе требовать с Исполнителя выплаты неустойки в размере 5 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, срок оказания которой нарушен Исполнителем.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков оплаты медицинских услуг Исполнитель вправе требовать с Пациента выплаты неустойки в размере 5 % за каждый день просрочки от стоимости услуги, не оплаченной Пациентом.

4.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

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

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. В случае если при оказании услуг потребуются предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Оказание дополнительных платных услуг оформляется в виде дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости.

6. Гарантийные обязательства

6.1. Гарантийные сроки устанавливаются только на услуги, имеющие овеществлённый результат. На хирургические, процедурные манипуляции и прочие неовещественные работы и услуги сроки гарантии выражаются в качественном оказании услуг и составляют 1 день.

6.2. Гарантийные обязательства на все оказанные медицинские услуги полностью утрачиваются при нарушении Пациентом правил поведения в клинике, условий настоящего Договора и врачебных рекомендаций.

6.3. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

6.4. Исполнитель принимает на себя обязательство устранить недостатки некачественно оказанных услуг, если эти недостатки обнаружены и удостоверены в течение гарантийных сроков.

7. Заключительные положения

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента исполнения сторонами обязательств.

7.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

8. Реквизиты и подписи Сторон

| | |
|--|---|
| <p>ИСПОЛНИТЕЛЬ:</p> <p>ООО «Диамед+»</p> <p>Адрес места нахождения: 446436, Самарская область, г. Кинель, ул. Бобровская, 16Б</p> <p>ИНН/КПП: 635025362; 635001001;</p> <p>ОГРН: 1176313103086</p> <p>Телефон: 8-800-550-50-20. <u>Email:</u> diamedkinel2@yandex.ru</p> <p>Директор _____ Калашников И.Н., в лице администратора ООО «Диамед+» Орловцева Е.А., действующей на основании доверенности от 01.10.2018г. №1.</p> <p>М.П.</p> | <p>ПАЦИЕНТ</p> <p>Пациент: _____</p> <p>_____</p> <p>(Ф. И. О.)</p> <p>Адрес места жительства: _____</p> <p>_____.</p> <p>Иные адреса (при наличии): _____</p> <p>_____.</p> <p>Документ, удостоверяющий личность: _____</p> <p>Телефон: _____</p> <p>_____.</p> <p>Подпись: _____</p> <p>_____.</p> |
|--|---|