

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

«___» _____ 200_г.

ООО «Лекарь» в лице директора Русак Н.В., действующий на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», осуществляющее свою деятельность на основании лицензии ЛО-63-01-004302 от 18 июля 2017г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, с одной стороны и (гр.) Ф.И.О. _____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Потребитель поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические и др.), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, в условиях медицинского центра ООО «Лекарь» **Пациенту:**
Ф.И.О. _____
следующие услуги: _____

а Потребитель добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги (медицинскую помощь) в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Потребитель (Пациент) имеет право:

- 2.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги (медицинскую помощь).
- 2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.
- 2.1.3. На получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением выходных и праздничных дней).
- 2.1.4. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
- 2.1.5. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых исполнитель ответственности не несет.
- 2.1.6. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.
- 2.1.7. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2. Потребитель (Пациент) обязуется:

- 2.2.1. Оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прейскуранту, действующему на момент заключения договора.
- 2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
- 2.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба пациентом имуществу Исполнителя.

2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, в соответствии с состоянием здоровья Потребителя;
- 2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Потребителя, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
- 2.3.4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор при нарушении Потребителем правил лечебной дисциплины.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.3. Предоставить счет с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг.

3. Стоимость услуг и порядок расчётов

3.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги согласно Прейскуранту, утверждённому Исполнителем.

3.2. Оплата производится «Потребителем» через кассу «Исполнителя» на основании счета «Исполнителя».

4. Ответственность Сторон

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. «Исполнитель» не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Потребителя (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья и др.);
- прекращения лечения по инициативе Потребителя

5. Конфиденциальность

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.2. С согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Потребителем или его законным представителем:

6. Сроки исполнения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7. Дополнительные условия

7.2. Сумма расходных материалов и лекарственных препаратов, приобретенных Потребителем самостоятельно, в счет оказанных медицинских услуг не включается.

7.3. Согласие Потребителя на проведение медицинской услуги и факт её получения одновременно означает и согласие Потребителя на оплату этой услуги.

7.4. Все остальное, что не урегулировано настоящим Договором, регулируется законодательством Российской Федерации.

8. Реквизиты сторон

«Исполнитель»

ООО «Лекарь»,
Юр.адрес: 445012, Самарская обл.,
г.Тольятти, ул. Матросова, д.23-123
Адрес места деятельности: 445046, Самарская обл.
г. Тольятти, ул. Есенина, д.16-Б, 1 этаж
Р/с № 40702810603000040790 в
Приволжском филиале ПАО «Промсвязьбанк»
г.Нижний Новгород
к/сч 30101810700000000803
БИК042202803
ИНН6324081177/КПП 632401001
ОГРН 1176313036426
Тел: +79277142469
Адрес электронной почты: lekar.tlt@mail.ru

«Потребитель»

Директор

Н.В.Русак

ФИО: _____
Адрес: _____

Уведомление Потребителя.

Исполнитель уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя, касающихся лечебного процесса, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.
Потребитель: _____

(подпись) _____ (дата) _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество 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 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 «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи»¹ (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 _____
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество 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 4 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 (которых) 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 гражданина, контактный телефон)

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

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

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

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г., регистрационный № 14082

Согласие на обработку персональных данных.

Я, _____,

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ООО «Лекарь», юр. адрес: 445012, Тольятти, ул. Матросова, д.23, кв.123, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных п.3 части 1 ст.3 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Паспорт: _____ Выдан (кем): _____

Дата выдачи: _____

Адрес: _____

подпись

дата

Информационная памятка для медицинских организаций, которые не предоставляют бесплатную медицинскую помощь по ОМС

Медицинская организация ООО «ЛЕКАРЬ»

Уважаемые пациенты!

Медицинская организация ООО «ЛЕКАРЬ» не оказывает услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Руководствуясь требованиями постановления Правительства от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», при заключении договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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.

Адрес ближайшей поликлиники ГБУЗ Тольяттинская городская поликлиника №4, ул Матросова 19

Телефон: 63-00-54

С информацией ознакомлен.

подпись

дата

К договору на оказание медицинских услуг № _____ от _____ 201 г.

АКТ

ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

г.Тольятти

« ____ » _____ 201 г.

ООО «Лекарь» в лице директора Русак Н.В., действующий на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», осуществляющее свою деятельность на основании лицензии № ЛО-63-01-004302 от 18 июля 2017г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, с одной стороны и гр Ф.И.О. _____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что за период _____ оказаны медицинские услуги в полном объеме. Стороны претензий друг к другу не имеют

«Исполнитель»

«Потребитель»

ООО «Лекарь»,

Юр.адрес: 445012, Самарская обл., г.Тольятти,

ул. Матросова, д.23-123

Адрес места деятельности: 445046, Самарская обл.

г. Тольятти, ул. Есенина, д.16-Б, 1 этаж

Р/с № 40702810603000040790 в

Приволжском филиале ПАО «Промсвязьбанк»

г.Нижний Новгород

к/сч 30101810700000000803

БИК 042202803

ИНН6324081177/КПП 632401001

ОГРН 1176313036426

Тел: +79277142469

Адрес электронной почты: lekar.tlt@mail.ru

Директор

Н.В.Русак

К договору на оказание медицинских услуг № _____ от _____ 201 г.

АКТ

ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ

г.Тольятти

« ____ » _____ 201 г.

ООО «Лекарь» в лице директора Русак Н.В., действующий на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», осуществляющее свою деятельность на основании лицензии № ЛО-63-01-004302 от 18 июля 2017г., выданной Министерством здравоохранения Самарской области, с одной стороны и (гр.) Ф.И.О. _____, именуемый в дальнейшем «**Потребитель**», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что за период _____ оказаны медицинские услуги в полном объеме. Стороны претензий друг к другу не имеют

«Исполнитель»

«Потребитель»

ООО «Лекарь»,

Юр.адрес: 445012, Самарская обл., г.Тольятти,

ул. Матросова, д.23-123

Адрес места деятельности: 445046, Самарская обл.

г. Тольятти, ул. Есенина, д.16-Б, 1 этаж

Р/с № 40702810603000040790 в

Приволжском филиале ПАО «Промсвязьбанк»

г.Нижний Новгород

к/сч 30101810700000000803

БИК 042202803

ИНН6324081177/КПП 632401001

ОГРН 1176313036426

Тел: +79277142469

Адрес электронной почты: lekar.tlt@mail.ru

Директор

Н.В.Русак