**Договор №\_\_\_\_\_**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**по программе ЭКО**

г. Иваново «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022г.

Настоящим ООО «Клиника Современной Медицины» уведомляет Пациента/Заказчика о том, что:

1. ООО «Клиника Современной Медицины» является медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

2. Несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего 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 здоровья пациента (потребителя).

Уведомлена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись) Уведомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО, дата рождения,** именуемая в дальнейшем ***«Пациентка»*, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО, дата рождения**, именуемый в дальнейшем ***«Пациент»***, вместе именуемые ***«Пациенты»***, состоящие/не состоящие в зарегистрированном браке с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Современной Медицины», в лице директора Лыковой Татьяны Анатольевны, действующей на основании Устава, Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ № серия 37 № 001441362 от 24.03.2010г., выдано ИФНС России по г. Иваново, действующего в соответствии с лицензией **ЛО41-01139-37/00570625**  от 27 октября 2020г., выданной Департаментом здравоохранения Ивановской области (юр. адрес: г. Иваново, Шереметевский пр., д.1) и лицензией № ФС-37-01-000532 от 08 февраля 2019г. выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, действующие бессрочно, именуемое в дальнейшем ***«Клиника»***, с другой стороны, вместе именуемые ***«Стороны»***, а по отдельности ***«Сторона»***, подписали настоящий Договор о нижеследующем:

**1.Предмет Договора**

1.1. Клиника принимает на себя обязательства по оказанию ***Пациентам*** **платной медицинской помощи** с использованием базовых методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и проведению программы ВРТ – экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), с использованием донорских ооцитов в соответствии c Порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 803н (далее – Порядок), а ***Пациенты*** **обязуются оплатить оказанные услуги** в соответствии с действующим прейскурантом ***Клиники*** и условиями, указанными в пункте 3 Договора.

1.2. Программа ВРТ состоит из следующих этапов:

а) овариальная стимуляция;

б) пункция фолликулов яичников для получения ооцитов;

в) инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита;

г) культивирование эмбрионов;

д) перенос эмбрионов в полость матки (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона);

е) криоконсервация эмбрионов (при наличии показаний, предусмотренных [пунктом 31](file:///%5C%5CDc01%5C%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%5C%D0%92%D0%A0%D0%A2%5C2021%5C%D0%9D%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F%20%D1%80%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%20%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%5C%D0%98%D0%B7%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F_%D0%91%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%BA%20%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B0%20%D0%AD%D0%9A%D0%9E-%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%BD%D1%8B%D0%B9.doc#Par124) Порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению, утвержденного приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 803н);

ж) разморозка криоконсервированных эмбрионов;

з) внутриматочное введение размороженного эмбриона, в том числе донорского (допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

1.3. Методы и схема лечения определяются на основании результатов медицинского обследования, пройденного ***Пациентами*** в соответствии с п.2.2.3. настоящего Договора.

1.4. В рамках данного Договора **не оказываются следующие медицинские услуги:**- Хранение и транспортировка (при необходимости) замороженных эмбрионов, ооцитов, сперматозоидов.

- Проведение пункции яичка для получения сперматозоидов.

- Услуги суррогатной матери.

- ПГД диагностика (выявление генетических отклонений у эмбрионов перед переносом).

- Обследование до и после ЭКО;

- Криоконсервация эмбрионов.

**2. Права и обязанности Сторон**

2.1. ***Пациенты имеют право:***

2.1.1. Получать от Клиники полную и достоверную информацию в ходе проведения исследований и процедур, указанных в п. 1.1. и п. 1.2 настоящего Договора.

2.1.2. Получить полную и достоверную информацию о медицинских препаратах, используемых при оказании услуг, указанных в п. 1.1. и п. 1.2. настоящего Договора.

2.1.3. Ознакомиться с лицензией Клиники и сертификатами персонала на право оказания специализированной медицинской помощи.

***2.2.*** Во исполнение условий настоящего Договора ***Пациенты,*** считая себя достаточно информированными о характере процедур, проводимых в соответствии с п.1.1. и п. 1.2. настоящего Договора, их последствиях и осложнениях, имея достаточную материальную базу для оплаты услуг, указанных в п. 1.1. и п. 1.2 настоящего Договора, и для воспитания будущего ребенка, добровольно ***обязуются***:

2.2.1. Пройти строго в сроки и в соответствии со схемой, разработанной ***Клиникой*** индивидуально для ***Пациентов***, процедуры, необходимые для осуществления оплодотворения методом ЭКО.

2.2.2. Строго следовать схеме, указанной в п. 2.2.1. настоящего Договора, и использовать только препараты, назначенные ***Пациентам Клиникой***.

2.2.3. Перед процедурами, указанных в п. 2.2.1., пройти обязательное медицинское обследование, в соответствии с требованиями Приказа № 803Н от 31.07.2020г. Минздрава РФ.

2.2.4. Предоставить ***Клинике*** полную и достоверную информацию о состоянии здоровья, перенесенных ***Пациентами*** заболеваниях и операциях, наследственных и психических заболеваниях в семье.

2.2.5. Своевременно информировать ***Клинику*** о любых изменениях состояния своего здоровья.

2.2.6. В случае возникновения необходимости проведения дополнительных диагностических исследований для уточнения отдельных элементов диагноза, которые на момент заключения настоящего Договора не могли считаться существенными, ***Пациенты*** обязуются их пройти в медицинской организации, имеющей лицензию на данный вид деятельности либо в ***Клинике.***

2.2.7. В случае прохождения дополнительных диагностических исследований, указанных в пункте 2.2.6 раздела 2 настоящего Договора, ***Пациенты*** обязуются оплатить их в соответствии с прейскурантом ***Клиники*** в рамках договора на оказание платных медицинских услуг.

2.2.8. В случае возникновения необходимости проведения процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооциты (ИКСИ), ***Пациенты*** обязуется принять и оплатить дополнительно услуги ***Клиники*** по проведенной процедуре ИКСИ, в соответствии с действующим прейскурантом ***Клиники.***

2.2.9. Соблюдать конфиденциальность в отношении других пациентов, проходящих лечение в ***Клинике***.

***2.3. Клиника имеет право:***

2.3.1. Получить от ***Пациентов*** полную и достоверную информацию о состоянии их здоровья, о перенесенных ими заболеваниях и операциях, наследственных и психических заболеваниях в семье.

2.3.2. Отказать ***Пациентам*** в проведении процедур, указанных в п. 2.2.1. настоящего Договора в одностороннем порядке на любом этапе, в случае обнаружения противопоказаний к их проведению до начала или в ходе прохождения процедур, либо заведомо известной невозможности достичь результата, в случае предоставления ***Пациентами*** неполной или недостоверной информации об их личностях и состоянии здоровья, в случае нарушения ***Пациентами*** условия п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.6., 2.2.7. настоящего Договора.

2.3.3. В случае возникновения необходимости проведения процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооциты (ИКСИ), провести вышеуказанную процедуру с последующим уведомлением ***Пациентов*** о ее проведении.

2.3.4. Для проведения лабораторных исследований привлекать третьих лиц, обладающих соответствующими навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима конфиденциальности при передаче привлеченным Клиникой третьим лицам биологического материала Пациентов.

2.3.5. Оказать медицинскую услугу Пациентам, которая не была ими выбрана и оплачена в случае, когда неоказание такой услуги влечет угрозу жизни и здоровью Пациентов или необходимость ее оказания вызвана жизненными показателями Пациентов.

***2.4.*** Во исполнение условий настоящего Договора, ***Клиника обязана***:

2.4.1. Предоставить ***Пациентам*** полную и достоверную информацию о процедурах, проводимых в рамках настоящего Договора, и медицинских препаратах, используемых при их проведении.

2.4.2. Консультировать ***Пациентов*** по всем вопросам, возникающим в результате выполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору.

2.4.3. Осуществлять амбулаторный комплекс мероприятий медицинского характера, проводимых в рамках настоящего Договора.

2.4.4. Осуществлять процедуры в соответствии с Приказом № 803Н от 31.07.2020г. Минздрава РФ, апробированными и признанными методиками, а так же новейшими достижениями в области репродуктивной медицины.

2.4.5. Использовать материал, а именно, ооциты ***Пациентки,*** сперма ***Пациента,*** эмбрионы ***Пациентов,*** полученные методом ЭКО/ИКСИ, строго в соответствии с добровольным волеизъявлением ***Пациентов***, указанным в соответствующем заявлении ***Пациентов***.

2.4.6. В случае возникновения осложнений, связанных с оперативным внутрибрюшным вмешательством (кровотечение, возникшее в связи с проведением трансвагинальной пункции), оказать медицинские услуги по устранению данного осложнения за свой счет.

**3. Стоимость услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость оказания медицинских услуг по программе ЭКО состоит из стоимости этапов.

Стоимость договора: 157 300, 00 руб.Сто пятьдесят семь тысяч триста руб. 00 коп.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Стоимость** |
| 1 этап |  Стимуляция суперовуляции и УЗИ мониторинг фолликулогенеза в программе ЭКО (без учета стоимости лекарственных препаратов) | 14 000= |
| 2 этап | -Трансвагинальная пункция фолликулов яичников  | 25 000= |
| - Консультация анестезиолога-реаниматолога | 700= |
| - Внутривенная анестезия | 3 300= |
| - Медицинское наблюдение после манипуляции ТВП (дневной стационар) | 2 000= |
| 3 этап | Эмбриологический этап - подготовка спермы- оплодотворение ИКСИ-культивирование эмбрионов | 45 000= |
| 4 этап | Витрификация эмбрионов (1 соломина) | 12 000= |
| Витрификация последующей (каждая соломина) | 5 000= |
| 5 этап | Хранение криоконсервированных ооцитов, эмбрионов, сперматозоидов в жидком азоте 1 месяц | 1 300= |
| 6 этап | Подготовка эндометрия и УЗИ мониторинг в программе криопереноса | 10 000= |
| 7 этап | Размораживание эмбрионов | 12 000= |
| 8 этап | -Перенос эмбрионов в полость матки и последующая диагностика беременности  | 24 000= |
| -Лазерный хэтчинг | 2 000= |
| - Медицинское наблюдение после манипуляции ЕТ (дневной стационар) | 1 000= |
| **ИТОГО** |  **157 300=** |

3.2. Оплата услуг программы ЭКО по настоящему Договору производится ***Пациентами*** поэтапно, перед началом проведения каждого из этапов. Последний платеж должен быть осуществлен не позднее дня, предшествующего проведению процедуры переноса эмбрионов в полость матки.

3.3. Стоимость предварительного обследования и подготовки ***Пациентов***, стоимость процедур, указанных в п. 2.2.6., п. 2.2.8., п. 4.1., а также стоимость лабораторных исследований, проводимых в рамках программы ЭКО, лекарственных препаратов не входят в стоимость услуг к настоящему Договору, и оплачиваются ***Пациентами*** отдельно в соответствии с прейскурантом ***Клиники.***

3.4. В случае прерывания лечения методом ЭКО на каком-либо из этапов по причинам, указанным в п. 4.2. настоящего Договора, ***Пациентам***, оплатившим услуги в соответствии с п. 3.1. настоящего Договора, возвращается стоимость услуг по настоящему Договору за вычетом стоимости уже проведенных этапов лечения.

3.5. Оплата услуг по настоящему Договору производится ***Пациентами*** наличным или безналичным путем, в рублях.

3.6. В случае оплаты услуг по настоящему Договору наличным путем в кассу ***Клиники, Пациентам*** выдается документ, подтверждающий получение денежных средств.

**4. Особые условия**

4.1. Пациенты информированы о том, что при оказании медицинских услуг, указанных в п. 1.1. и 1.2 настоящего Договора, может возникнуть необходимость в проведении поэтапных процедур, а именно:

- проведении интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооцит (ИКСИ);

- проведении пункции яичка для получения сперматозоидов;

- предимплантационная диагностика;

- донация ооцитов.

4.2. Пациенты предупреждены, что в 5-10% случаев лечение методом ЭКО может быть прекращено на одном из этапов по следующим причинам:

- при пункции в фолликулярной жидкости яйцеклетки могут отсутствовать;

- полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными;

- дробление уже оплодотворенной яйцеклетки может прекратиться до переноса эмбрионов в полость матки.

4.3. Программа ЭКО прекращается немедленно в случае заболевания ***Пациентами*** острым инфекционно-вирусным заболеванием (в том числе гепатит А,В,С,Д), заражении венерическими инфекциями (сифилис, гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз) или ВИЧ-инфицировании.

4.4. ***Пациенты*** информированы о том, что эффективность лечения методом ЭКО составляет в среднем 30-40% и может иметь осложнения. ***Пациент*** обязуется не предъявлять претензий к ***Клинике*** в случаях:

- когда беременность не наступила в результате оплодотворения методом ЭКО;

- наступления внематочной беременности, многоплодной беременности;

- возникновения у плода врожденных патологий;

- прерывания беременности после наступления оплодотворения методом ЭКО по медицинским показаниям, обнаружившимся у ***Пациентки*** после наступления беременности.

**5. Ответственность Сторон**

5.1. За нарушение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной ими при выполнении условий настоящего Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли нарушение совершено преднамеренно или случайно. Положение настоящего пункта Договора сохраняет свою юридическую силу и по истечении срока действия настоящего Договора.

5.3. В случае прохождения ***Пациентами*** медицинского обследования, указанного в п. 2.2.3., 2.2.6. не в ***Клинике***, а в каком-либо ином медицинском учреждении, ***Клиника*** исходит из добросовестности ***Пациентов***, и не несет ответственности за неблагоприятные последствия, возникшие в результате предоставления ***Пациентами*** результатов анализов, несоответствующих реальной медицинской картине (истории) болезни.

5.4. ***Клиника*** несет ответственность за соответствие медицинским показателям ***Пациентки*** схемы индукции суперовуляции, трансвагинальной пункции фолликулов. При назначении и проведении указанных медицинских услуг Клиника основывается на данных медицинского обследования ***Пациентки*** и информации, сообщенной ***Пациентами***, в соответствии с п. 2.2.4. настоящего Договора.

5.5. В ходе оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1. и 1.2 настоящего Договора, ***Клиника*** несет ответственность перед ***Пациентами*** только за виновные действия своего персонала, но не более реального ущерба, причиненного ***Пациентам. Клиника*** не несет ответственность за действия третьих лиц.

5.6. В случае нарушения ***Пациентами*** условий настоящего Договора, неисполнение п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.4., 2.2.5., 2.2.6., 2.2.7. 2.2.8. настоящего Договора, а так же неявка ***Пациентов*** для проведения процедур в установленные ***Клиникой*** сроки, необоснованный отказ от проведения медикаментозной терапии, лечебных манипуляций, отказ ***Пациента*** от сдачи спермы, самовольной отмены ***Пациентами*** приема назначенных Клиникой медицинских препаратов, ***Клиника*** не несет ответственность за неблагоприятный исход лечения и конечный результат оказания медицинских услуг, за неблагоприятные последствия для состояния здоровья ***Пациентов***. Денежные средства, внесенные ***Пациентами*** в соответствии с п. 3.2. и затраченные на уже оказанные услуги, а так же денежные средства, затраченные на предварительное обследование и подготовку Пациентов, лабораторные исследования, услуги, указанные в п. 2.2.6., п. 2.2.8, п. 4.1. возврату не подлежат.

5.7. Клиника не несет ответственности перед ***Пациентами*** в случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.2., 4.3. средства, затраченные на уже оказанные медицинские услуги, ***Пациентам*** не возвращаются.

5.8. В случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.3. настоящего Договора, возникших после переноса эмбрионов в полость матки, ***Клиника*** не несет ответственности за возникновение возможных осложнений, течение беременности, ее исход и здоровье родившегося ребенка.

5.9. В случае не предоставления ***Пациентами*** или предоставления недостоверной или неполной информации об их состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, операциях, предоставлении заведомо ложной информации, ответственность за неблагоприятные последствия для состояния здоровья ***Пациентов***, возникшие в результате проведения процедур, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, полностью несут ***Пациенты***.

5.10. После проведения процедуры переноса эмбрионов в полость матки ***Пациентки, Пациенты*** берут на себя ответственность за протекание беременности и роды, все права и обязанности в отношении ребенка, родившегося в результате применения методов ВРТ и прохождения программы ЭКО, по его воспитанию и содержанию в соответствии с Конституцией РФ и Семейным кодексом РФ.

5.11. ***Клиника*** не несет ответственность за сохранность биоматериала по истечении 3 месяцев со дня последней оплаты Пациентом по договору хранения биоматериала или по истечении 1 месяца со дня направления Пациенту письменного уведомления о прекращении оказания услуги хранения биоматериала.

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор вступает в действие с момента поступления денежных средств от Пациентов (наличный расчет) в кассу ***Клиники*** или с момента поступления денежных средств на расчетный счет (безналичный расчет) ***Клиники***, и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе ***Пациентов***, в случае одностороннего отказа ***Пациентов*** от медицинских услуг ***Клиники***, денежные средства, внесенные Пациентами в соответствии п.3.1., п.3.2.и затраченные на уже оказанные медицинские услуги, возврату не подлежат.

6.3. В случае, когда сумма фактической оплаты на дату досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе ***Пациентов*** превысит прейскурантную стоимость оказанных медицинских услуг, ***Клиника*** производит возврат соответствующей суммы ***Пациентам***. В случае, когда стоимость фактически оказанных медицинских услуг на дату досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе ***Пациентов*** превысит сумму фактической оплаты по настоящему ***Договору, Пациенты*** обязаны произвести доплату в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня расторжения настоящего Договора.

6.4. Информация, указанная в ст. 7 настоящего Договора в отношении ***Пациентов***, а так же проведенных процедурах в рамках настоящего Договора, данные медицинского обследования ***Пациентов***, могут быть представлены следственным и судебным органам в установленном законом порядке. С письменного согласия Пациентов допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентами.

6.5. Подписывая настоящий Договор, ***Пациенты*** подтверждают, что они ознакомлены с Приказом № 803Н от 31.07.2020г. Минздрава РФ, возможными последствиями оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные им вопросы в этой области. На все заданные вопросы получили удовлетворившие их ответы, с прейскурантом ***Клиники,*** порядком предоставления медицинских услуг, режимом работы ***Клиники***, перечнем услуг, которые Клиника оказывает в соответствии с лицензией № ЛО-37-01-001496 от 27 октября 2020г., ознакомлены***.***

6.6. Объективные критерии успешности каждого проведенного этапа, которые отражаются ***Клиникой*** в амбулаторной карте П***ациентов***, являются доказательством исполнения ***Клиникой*** принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

6.7. Пациенты информированы и понимают, что имеют возможность обратиться за оказанием медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий в рамках обязательного медицинского страхования, и получить указанную медицинскую помощь бесплатно при наличии к тому показаний в соответствии с действующим законодательством. Заключение настоящего договора свидетельствует о выборе Пациентами оказания медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на платной основе.

6.8. Подписывая настоящий Договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дают свое согласие на обработку своих персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю Клиники на основании настоящего Договора.

Перечень персональных данных, подлежащих обработке: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; паспортные данные; физиологические особенности человека; состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации; место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны; привычки и увлечения (алкоголь, наркотики и др.); семейное положение, наличие детей.

Перечень действий с персональными данными: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

6.9.Все приложения, изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменном виде, являются неотъемлемой частью настоящего Договора и вступают в силу с момента подписания их обеими ***Сторонами***, если не предусмотрено иное.

6.10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из ***Сторон***.

6.11. Разногласия и споры, которые могут возникнуть в результате выполнения ***Сторонами*** условий настоящего Договора, ***Стороны*** будут стараться решать путем переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, заинтересованная ***Сторона*** может обратиться для удовлетворения своих требований в суд.

6.12. Во всем остальном, не предусмотренным настоящим Договором, ***Стороны*** будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

**7. Реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Пациентка:**  | **Клиника:** |
| **Паспорт**: | ООО «Клиника Современной Медицины» |
|  | Юридический адрес: 153013, г. Иваново, ул. Куконковых, д.142 |
| **Зарегистрированный по адресу:**  | тел./факс: 8 (4932) 923-551 |
|  | ИНН/КПП 3702613035/370201001 |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_./** | Банковские реквизиты: |
| **Пациент:**  | р/с 40702810602000057425 Ярославский филиал ПАО |
| **Паспорт:**  | «Промсвязьбанк» г. Ярославль |
| **Зарегистрированный по адресу:**   | к/с 30101810300000000760 БИК 047888760 |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | И.О. Директора ООО «Клиника Современной Медицины»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Чернова Т. В./ |