**Уведомление пациента (потребителя)**

ООО «Клиника Современной Медицины» уведомляет Вас о том, что:

**1**. ООО «Клиника Современной Медицины» не является медицинской организацией, участвующей в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части оказания услуг, предусмотренных настоящим договором. Вы вправе обратиться за получением медицинской помощи на безвозмездной основе в медицинскую организацию, участвующую в реализации 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).

**С уведомлением ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(подпись) (Ф.И.О. пациента)**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

**ДОГОВОР ОБ OКА3AHИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №**

**Город Иваново «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2022 года**

Медицинская организация ООО «Клиника Современной Медицины», Свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ № **серия 37 № 001441362 от 24.03.2010,** выдано ИФНС России по г. Иваново, действующее в соответствии с **лицензией ЛО41-01139-37/00570625 от 27 октября 2020 года**, выданная Департаментом здравоохранения Ивановской области (юр. адрес: г. Иваново, Шереметевский проспект, д. 1, тел.горячей линии 8 (4932) 93-97-97), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Лыковой Татьяны Анатольевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин или законный представитель ребенка в возрасте от 0 до 15 лет

(ФИО ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

 (число/месяц/год)

**Ф.И.О. гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата рождения** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны,

 (число/месяц/год)

заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1. В соответствии с настоящим Договором «Исполнитель», обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории России, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
2. Перечень медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту на основании его заказа, устанавливается в соответствии с лицензией Исполнителя, копия которой является Приложением № 1 к настоящему договору.
3. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, устанавливается действующим в день оказания услуги Прейскурантом «Исполнителя». Прейскурант Исполнителя, действующий в день оказания услуги, является Приложением № 2 к настоящему договору.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

1. Основанием для оказания услуги Пациенту является произведенный им в устной форме заказ медицинской услуги и оплата данной услуги. Заказ медицинской услуги должен содержать сведения о виде медицинской услуги, подлежащей оказанию, её объёме.

Документом, подтверждающим осуществление Пациентом заказа услуги, объёма услуги и её стоимости, является контрольно-кассовый чек, который Исполнитель выдаёт Пациенту. Ответственность за сохранность контрольно-кассового чека и вину за негативные последствия утраты контрольно-кассового чека стороны возлагают на Пациента.

Осуществление Пациентом оплаты медицинской услуги подтверждает достижение сторонами настоящего договора согласия об условиях и о порядке оказания данной услуги, в том числе подтверждает обязанность Исполнителя оказать услугу, информированность Пациента о стоимости услуги, дате и времени оказания услуги, о работнике Исполнителя, оказывающего данную услугу, дачу Пациентом информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, связанное с данной услугой.

1. «Исполнитель» оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией ООО «Клиника Современной Медицины».
2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи на прием. Предварительная запись на прием осуществляется через регистратуру посредством телефонной связи или при личной явке. Телефон регистратуры: **8 (4932) 923-555, 500-901.**
3. В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
4. Срок оказания услуги: в день осуществления оплаты, если иное не установлено соглашением сторон.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон. Оплата услуг Пациентом производится всеми способами, незапрещенными законодательством России.
2. Оплата медицинской услуги производится до её оказания в форме аванса в размере 100 % от суммы, подлежащей к оплате.
3. Согласие Заказчика, Пациента на оказание медицинской услуги и факт её получения подтверждает согласие Заказчика, Пациента на оплату этой услуги.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

1. **Исполнитель обязуется:**
2. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
4. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также по требованию пациента сведения о квалификации и сертификации специалистов.
5. Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов и/или сотрудников медицинских учреждений, имеющих с Исполнителем договорные отношения.
6. Обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией в установленном порядке, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья .
7. Обязуется осуществлять обработку персональных данных в соответствии с п.6 и п.10 ФЗ РФ от 27.07.2006г. №152 "О персональных данных".
8. **Исполнитель вправе:**

Направлять Пациенту информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на контактный номер телефона Пациента.

1. **Пациент имеет право:**
2. В доступной для него форме получить 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.
3. Информация, содержащаяся в медицинских документах Пациента, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Пациента только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.
4. Получить выписки из Перечня медицинских услуг и Тарифа медицинских услуг Исполнителя, содержащие сведения об услугах, оплаченных Пациентом.
5. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий врач.
6. На отказ от медицинского вмешательства, который оформляется в письменном виде до начала медицинского вмешательства.
7. **Пациент обязуется:**

Заказчик, Пациент обязуются надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению, Заказчиком, Пациентом настоящего Договора.

1. Пациент обязан до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств и/или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание и/или лечение заболевания.
2. Соблюдать график приема врачей-специалистов.
3. Ознакомиться и соблюдать "Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО "Клиника Современной Медицины", находящимися на информационном стенде, соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Клиника Современной Медицины».
4. Пациент обязуется заблаговременно информировать «Исполнителя» о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. **В случае опоздания Пациента более чем 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени оказания услуги, «Исполнитель» имеет право или сократить время оказания медицинской услуги, или осуществить перенос срока получения услуги, или отменить получение услуги.**
5. Законный представитель несовершеннолетнего Пациента – Заказчик – реализует права и несёт обязанности данного Пациента, предусмотренные п. 4.2. настоящего Договора.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе заболевания и иные сведения, полученные при обследовании и лечении (врачебная тайна).
2. С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
3. Информацию о своем здоровье Пациент доверяет:

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.
2. Факт подписания данного договора означает согласие Пациента на обработку персональных данных согласно Федеральному закону от 27.07.2006 г. № 152 "О персональных данных"

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

1. Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента в соответствии с законодательством России.
2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством России.
3. В случае нарушения Пациентом пункта 3.1 настоящего Договора Пациент уплачивает Исполнителю пеню в размере 0,2% (ноль целых две десятых процента) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

**7. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

1. Подписание Пациентом (законным представителем Пациента) настоящего договора подтверждает дачу Пациентом (законным представителем) на несложное медицинское вмешательство, предоставление Пациенту (законному представителю) медицинским работником Исполнителя в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
2. В целях настоящего договора несложным медицинским вмешательством стороны договорились считать такие виды вмешательства: консультации специалистов, всевозможные осмотры Пациента, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, антропометрические исследования, термометрия, тонометрия, неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций, неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций, исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы), забор крови для анализа (исследования), лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические исследования биологического материала , функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных), ультразвуковые исследования, допплерографические исследования , введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно, медицинский массаж.

**8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

1. Претензии о ненадлежащем качестве оказания медицинской услуги принимаются от Заказчика, Пациента в письменном виде в течение в порядке, установленном законодательством о защите прав потребителя.
2. Все споры по договору стороны стараются урегулировать путем переговоров.
3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством России "О защите прав потребителя".

**9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

* 1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами.
	2. Срок действия: неопределенный.
	3. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по желанию одной из сторон с уведомлением другой стороны за 30 дней до дня расторжения.
	4. Настоящий договор может быть изменен по обоюдному согласию сторон.

**10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:Общество с ограниченной ответственностью«Клиника Современной Медицины»Юридический адрес: 153013, г.Иваново, ул. Куконковых, д.142,Почтовый адрес: 153013, г.Иваново, ул. Куконковых, д.142Тел. 8(4932) 901-555ИНН 3702613035/КПП 370201001ОГРН 1103702006891**р/с 40702810602000057425,** к/с 30101810300000000760, БИК 047888760Ярославский филиал ПАО «Промсвязьбанк» г. ЯрославльДиректор ООО «Клиника Современной Медицины»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лыкова Т.А. | Пациент:Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

\* Договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у «Заказчика (Пациента)»

 \*Я хочу получать информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на вышеуказанный номер телефона

 Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \*Я не хочу получать информацию о записи на прием, акциях и услугах ООО "Клиника Современной Медицины" в виде СМС на вышеуказанный номер телефона

Подпись «Заказчика (Пациента)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2020