

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Казань

_____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», адрес места нахождения: 420034, РТ, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, дом 36, помещение 1002, ОГРН 1171690070750, дата регистрации 12.07.2017, регистрирующий орган Межрайонная инспекция ФНС России № 18 по Республике Татарстан, в лице директора Шилыковской Татьяны Сергеевны с одной стороны, и гр.

фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон потребителя

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», действующего с согласия законного представителя¹/попечителя² _____

фамилия, имя, отчество, телефон законного представителя/попечителя

с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ:

Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования.

«Заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя.

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

«Исполнитель» - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

«Пациент» - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния.

«Медицинская помощь» - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-16-01-008513 от 29 декабря 2020 года, выданной Министерством здравоохранения Республики Татарстан, находящимся по адресу: 420111, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, телефон (843) 231-79-98, в соответствии с перечнем лицензированных работ (услуг), указанных в Приложении №1 к настоящему Договору, на основании медицинских показаний и желания Потребителя Исполнитель в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, предоставляет, а Потребитель оплачивает медицинские услуги.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе. Предоставляемые Исполнителем медицинские услуги соответствуют критериям качества медицинской помощи, установленных законодательством.

2.2. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по письменному согласию Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

¹ Согласие законного представителя/опекуна/попечителя несовершеннолетнего лица оформляется по форме, установленной Приложением №4 к настоящему Договору

² Согласие попечителя ограниченно дееспособного лица оформляется по форме, установленной Приложением №5 к настоящему Договору

2.3. Платные медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.4. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, стоимость платных медицинских услуг определяется в Приложении №2, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.5. При заключении договора Потребителю предоставлена в доступной форме 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.

2.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.7. Срок начала оказания медицинских услуг определяется датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю, либо днем, который Потребитель установит, как дату своего прихода на прием (запись по телефону) после подписания настоящего договора.

2.8. Срок оказания медицинских услуг целиком зависит от тяжести заболевания, индивидуальных особенностей состояния здоровья Пациента и соблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача и своевременности его посещения, по причине чего не могут быть точно заранее определены.

2.9. Медицинские услуги считаются оказанными после подписания Акта сдачи-приемки оказанных Услуг (Приложение №3 к договору). Подписание Потребителем акта оказанных услуг означает согласие Потребителя с объемом, стоимостью и качеством оказанных услуг.

2.10. В случае временного приостановления деятельности Исполнителя для проведения санитарных, ремонтных и иных мероприятий Потребитель информируется об этом путем размещения информации на сайте Исполнителя <http://www.zdorovie7i.ru>, в том числе с указанием даты приостановления деятельности и времени, в течение которого деятельность Исполнителя будет приостановлена.

2.11. Исполнитель осуществляет информирование Потребителя в доступной форме, в том числе в сети интернет на сайте Исполнителя <http://www.zdorovie7i.ru>, а также на информационных стендах (стойках) в помещениях медицинской организации.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 2.4. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Обществом с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», действующим на момент заключения настоящего Договора, остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора. Действующий прейскурант на медицинские услуги размещен на информационном стенде Исполнителя и на сайте <http://www.zdorovie7i.ru>.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг по результатам обследования и лечения стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение №2 к договору). Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору, если иное не оговорено в настоящем Договоре.

3.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.4. Стоимость медицинских услуг, согласованных Сторонами в Плане лечения и Дополнительных соглашениях, не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены в процессе лечения по согласованному Сторонами плану лечения. Точная стоимость в таких случаях определяется после окончательного завершения лечения.

3.5. С согласия Потребителя оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем при заключении договора до начала оказания услуг Исполнителем (предварительная оплата) в размере 100% стоимости услуги.

3.6. Оплата осуществляется наличными денежными средствами в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

3.7. В случае оказания медицинских услуг по программе ДМС Потребитель оплачивает фактически оказанные ему медицинские услуги, не предусмотренные программой ДМС, самостоятельно в соответствии с условиями настоящего договора.

3.8. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

4.1. Исполнитель имеет право:

4.1.1. Требовать от Потребителя выполнения всех предписаний, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.).

4.1.2. Получать от Потребителя письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также согласие пациента на обработку персональных данных, включая биометрические персональные данные.

4.1.3. В случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно по жизненным показаниям, определять объем диагностических исследований, манипуляций, медицинских вмешательств, необходимых для уточнения диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

4.1.4. В лице лечащего врача, непосредственно оказывающего медицинскую услугу, осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, предусмотренных соответствующими стандартами медицинской помощи, клиническими рекомендациями, при условии необходимости их осуществления.

4.1.5. Отказать в предоставлении медицинской услуги в случаях:

- у Исполнителя отсутствует техническая и (или) иная возможность предоставления медицинских услуг;
- предоставляемые медицинские услуги не предусмотрены лицензией Исполнителя на осуществление медицинской деятельности.

4.1.6. В рамках предоставления платных медицинских услуг назначать пациенту решением врачебной комиссии, при наличии медицинских показаний, лекарственные препараты, медицинские изделия и специализированные продукты лечебного питания, не входящие в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренные соответствующей клинической рекомендацией.

4.2. Исполнитель обязан:

4.2.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором и Дополнительными соглашениями.

4.2.2. Предоставить по требованию Потребителя:

- сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата регистрации, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа);
- выписку из единого государственного реестра юридических лиц.

4.2.3. В соответствии с законодательством Российской Федерации выдать документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.2.4. После исполнения договора выдать Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.2.5. Предоставлять дополнительные платные медицинские услуги путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без письменного согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе, если иное не оговорено в настоящем Договоре.

4.2.6. По обращению Потребителя выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- в) рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- г) документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета, в случаях, если в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники у медицинской организации отсутствует обязанность по применению контрольно-кассовой техники при осуществлении расчетов).

4.2.7. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.2.8. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории Российской Федерации с соблюдением предъявляемых к ним требований.

4.2.9. Обеспечить режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством.

4.2.10. В соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности выдать Потребителю листок нетрудоспособности.

4.2.11. По требованию Потребителя составить смету на предоставление платных медицинских услуг.

4.2.12. По требованию Потребителя предоставить информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие

4.2.13. При заключении договора предоставить Потребителю в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- г) положения Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736;
- д) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

5.1. Потребитель имеет право:

5.1.1. Обращаться за предоставлением сведений о наличии лицензии и информации о медицинской услуге, информации о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу.

5.1.2. Отказаться от получения услуги в письменной форме, и в любое время в период действия Договора, при этом Потребителю возвращаются денежные средства за вычетом стоимости фактических оказанных Исполнителем услуг.

5.1.3. На письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5.1.4. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала Исполнителя.

5.1.5. На ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.

5.1.6. На выбор врача и выбор медицинской организации;

5.1.7. На профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

5.1.8. На получение консультаций врачей-специалистов;

5.1.9. На облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами;

5.1.10. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти;

5.1.11. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

5.1.12. На возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи.

5.2. Потребитель обязан:

5.2.1. Прибыть для получения услуги в назначенное Исполнителем время. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя лично или посредством любого вида связи не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя. При необходимости со стороны Потребителя временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления и факт получения уведомления Исполнителем.

5.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, об имеющихся и перенесенных заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

5.2.3. Точно выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом.

5.2.4. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, указанные в Приложении №2 в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

5.2.5. Осуществлять прием всех препаратов и процедур, рекомендованных лечащим врачом Исполнителя, и после выписки на амбулаторное долечивание.

5.2.6. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие медицинские учреждения, за исключением возникновения у пациента острого состояния, требующего неотложной помощи и Пациент не имеет объективной возможности обратиться за такой помощью к Исполнителю. В противном случае претензии по поводу начатого лечения удовлетворению не подлежат.

5.2.7. Неукоснительно соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя в течение всего периода пребывания в нем.

5.2.8. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. Возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

5.2.9. Незамедлительно ставить в известность Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несет ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

6.4. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде, направляется по адресу Исполнителя, указанному в разделе 9 настоящего Договора, и рассматривается Исполнителем в течение 10 (Десяти) дней с момента ее получения. Претензия (жалоба) может быть так же направлена Потребителем на электронную почту Исполнителя: dir@zdorovie7i.ru.

6.5. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

- отказа Потребителя от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений;
- невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома;
- отказа Потребителя от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения;
- наличия у Потребителя медицинских противопоказаний или состояние здоровья, ограничивающее предоставление медицинских услуг или делающих его невозможным, скрытых Потребителем (а равно впервые выявленных в процессе лечения) и, вследствие этого, неучтенных лечащим врачом при назначении лечения;
- наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) медицинские изделия, выявленных в процессе оказания медицинской услуги.

Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, произведенных в другой медицинской организации или самим Потребителем.

6.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

6.7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору.

7.2. Договор может быть расторгнут:

- по инициативе Потребителя на любом этапе плана лечения в случае отказа Потребителя от дальнейшего получения платных медицинских услуг при условии оплаты Исполнителю фактически оказанных медицинских услуг и понесенных расходов;
- по инициативе Исполнителя по основаниям, указанным в 4.1.5;
- в иных случаях в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. При расторжении Договора по любому из оснований Стороны подписывают Соглашение о расторжении Договора.

7.4. Любые изменения настоящего Договора возможны только по соглашению Сторон.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Договор составлен в двух идентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон. В случае если Договор заключен между Исполнителем и Заказчиком, который действует в интересах Потребителя, то Договор подписывается в трех экземплярах, по одному для Исполнителя, Заказчика и Потребителя.

8.2. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение всего срока оказания первичной медико-санитарной помощи Потребителю у Исполнителя и до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.3. Потребитель дает свое бессрочное согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, необходимых для исполнения Договора в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг. Потребитель вправе отозвать свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

8.4. Потребитель уведомлен о том, что 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 потребителя.

8.5. Потребитель уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

ООО «Здоровье семьи К»

Адрес юридического лица: 420034, Республика Татарстан, г. Казань, ул. 2-я Юго-Западная, д. 36, помещ. 1002.

ОГРН: 1171690070750

ИНН/КПП 1656099411/165601001

Банковские реквизиты:

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»

Р/с № 40702810429930003332,

К/с № 30101810200000000824,

БИК 042202824

Директор

М.П.

Т.С. Шилыковская

Потребитель

Ф.И.О.

Паспорт: Серия №

Выдан

Адрес места жительства:

Телефон

Подпись

**ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ (УСЛУГ),
ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЛИЦЕНЗИЕЙ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ООО «ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ К» ЛО-16-01-008513 от 29 декабря 2020 г.**

Перечень работ (услуг), осуществляемых по адресу: 420034, РТ, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, дом 36, помещение 1002, 1017

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: акушерскому делу; лабораторной диагностике; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); гастроэнтерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; кардиологии; колопроктологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; остеопатии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии.

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; неврологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; эндокринологии; эндоскопии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № _____
К ДОГОВОРУ № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Казань _____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», адрес места нахождения: 420034, РТ, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, дом 36, помещение 1002, ОГРН 1171690070750, дата регистрации 12.07.2017, регистрирующий орган Межрайонная инспекция ФНС России № 18 по Республике Татарстан, в лице директора Шилыковской Татьяны Сергеевны с одной стороны, и гр.

фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон потребителя
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», действующего с согласия законного представителя _____

фамилия, имя, отчество, телефон законного представителя/попечителя
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором № _____ на оказание платных медицинских услуг от «_____» _____ 202_ г. Потребителю оказываются следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование медицинской услуги	Цена (руб.)

2. Срок оказания медицинских услуг, указанных в пункте 1 настоящего Дополнительного соглашения с _____ 202_ по _____ 202_.

3. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, вступает в силу с момента его подписания и является неотъемлемой частью Договора.

4. Во всем остальном, Стороны руководствуются положениями Договора.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель
ООО «Здоровье семьи К»
Адрес юридического лица: 420034, Республика Татарстан, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, д. 36, помещ. 1002.
ОГРН: 1171690070750
ИНН/КПП 1656099411/165601001
Банковские реквизиты:
ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»
Р/с № 40702810429930003332,
К/с № 30101810200000000824,
БИК 042202824

Директор _____ Т.С. Шилыковская
м.п.

Потребитель
Ф.И.О.
Паспорт: Серия _____ № _____
Выдан _____
Адрес места жительства:
Телефон _____

Подпись _____

АКТ № _____
СДАЧИ-ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ

г. Казань

_____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», адрес места нахождения: 420034, РТ, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, дом 36, помещение 1002, ОГРН 1171690070750, дата регистрации 12.07.2017, регистрирующий орган Межрайонная инспекция ФНС России № 18 по Республике Татарстан, в лице директора Шилыковской Татьяны Сергеевны с одной стороны, и гр.

фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон потребителя
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», действующего с согласия законного представителя _____

фамилия, имя, отчество, телефон законного представителя/попечителя
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», составили настоящий Акт о том, что:

1. Исполнитель на основе добровольного волеизъявления Потребителя оказал Потребителю медицинские услуги в порядке исполнения Договора № _____ на оказание платных медицинских услуг от «_____» _____ 202_ г.

2. Стороны подтверждают, что медицинские услуги по Договору № _____ от _____._____ 202_, считаются оказанными в полном объеме. Взаимных претензий по качеству, объему оказанных услуг и размеру вознаграждения за оказанные медицинские услуги Стороны не имеют.

3. Общий размер вознаграждения за оказанные Исполнителем медицинские услуги, подлежащие выплате Потребителем Исполнителю в соответствии с действующим Перечнем платных медицинских услуг, предоставленных Обществом с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К» по Договору № _____ от _____._____ 202_, составляет _____ (_____) рублей.

Исполнитель

Потребитель

Т.С. Шилыковская

подпись

расшифровка подписи

м.п.

подпись

расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЛИЦА
В ВОЗРАСТЕ ОТ 14 ДО 18 ЛЕТ НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
являясь законным представителем (матерью, отцом, опекуном, попечителем) несовершеннолетнего (недееспособного) лица в возрасте от 14 до 18 лет в соответствии с ч. 1 ст. 26 Гражданского кодекса Российской Федерации даю свое согласие на заключение указанным лицом договора на оказание платных медицинских услуг с ООО «Здоровье семьи К».

Представляю копии документов, удостоверяющих положение законного представителя (свидетельство о рождении ребенка; паспорта родителей; удостоверение опекуна; свидетельство об усыновлении ребенка или копия решения суда об усыновлении; решение органа опеки об установлении опеки или попечительства).

Законный представитель

подпись

расшифровка подписи

_____. ____ 20 ____

**СОГЛАСИЕ ПОПЕЧИТЕЛЯ ОГРАНИЧЕННО ДЕЕСПОСОБНОГО ЛИЦА НА ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОГОВОРА
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

Я, _____
являясь законным представителем (попечителем) ограниченного дееспособного лица в соответствии с ч.2 ст. 33 Гражданского кодекса Российской Федерации даю свое согласие на заключение указанным лицом договора на оказание платных медицинских услуг с ООО «Здоровье семьи К».

Представляю копии документов, удостоверяющих положение попечителя (решение органа опеки и попечительства либо суда об установлении попечительства).

Попечитель

подпись

расшифровка подписи

_____. ____ 20 ____

АКТ ПРИЕМА-ПЕРЕДАЧИ ОБОРУДОВАНИЯ

г. Казань

_____ 202_ г.

Настоящий Акт приема-передачи удостоверяет, что Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя _____ передало, а гр. _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», принял(а) в соответствии с условиями Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____._____ 202_ комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью суточной ЭКГ и АД (по Холтеру) «Кардиотехника» в комплектации, предусмотренной эксплуатационной документацией производителя (изготовителя) на медицинское изделие.

По результатам контроля технического состояния переданное Оборудование исправно, пригодно для дальнейшей эксплуатации.

В соответствии с п. 5.2.8 Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____._____ 202_ Потребитель обязан возместить материальный ущерб, в случае порчи им имущества Исполнителя.

Акт приема-передачи составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Исполнитель

Потребитель

подпись

расшифровка подписи

подпись

расшифровка подписи

АКТ ВОЗВРАТА ОБОРУДОВАНИЯ

г. Казань

_____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице представителя _____ и гр. _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», составили настоящий Акт о возврате Потребителем Исполнителю комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью суточной ЭКГ и АД (по Холтеру) «Кардиотехника».

Техническое состояние оборудования на момент оформления настоящего Акта:

описание повреждений, неисправностей (при наличии)

Акт возврата оборудования составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

Исполнитель

Потребитель

подпись

расшифровка подписи

подпись

расшифровка подписи

**СОГЛАШЕНИЕ О РАСТОРЖЕНИИ ДОГОВОРА
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Казань

_____ 202_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Здоровье семьи К», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», адрес места нахождения: 420034, РТ, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, дом 36, помещение 1002, ОГРН 1171690070750, дата регистрации 12.07.2017, регистрирующий орган Межрайонная инспекция ФНС России № 18 по Республике Татарстан, в лице директора Шиликовской Татьяны Сергеевны с одной стороны, и гр.

фамилия, имя, отчество, адрес места жительства и телефон потребителя
именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент», действующего с согласия законного представителя _____

фамилия, имя, отчество, телефон законного представителя/попечителя
с другой стороны, при совместном наименовании «Стороны», заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Расторгнуть договор на оказание платных медицинских услуг N _____ от _____ 202_ г. в связи с: _____

основания для расторжения договора

2. Исполнитель возвращает Потребителю уплаченную по договору сумму в размере _____ рублей.

3. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные медицинские услуги и понесенные расходы в случае отказа Потребителя от дальнейшего получения платных медицинских услуг по инициативе Потребителя на любом этапе лечения.

4. Взаимные обязательства Сторон по вышеназванному договору на оказание платных медицинских услуг считаются прекращенными с момента заключения настоящего соглашения.

5. Настоящее соглашение вступает в силу с момента его подписания.

6. Настоящее соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, - по одному для каждой из Сторон.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

ООО «Здоровье семьи К»

Адрес юридического лица: 420034, Республика Татарстан, г. Казань, ул. 2-ая Юго-Западная, д. 36, помещ. 1002.

ОГРН: 1171690070750

ИНН/КПП 1656099411/165601001

Банковские реквизиты:

ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»

Р/с № 40702810429930003332,

К/с № 30101810200000000824,

БИК 042202824

Директор

М.П.

Т.С. Шиликовская

Потребитель

Ф.И.О.

Паспорт: Серия _____ № _____

Выдан _____

Адрес места жительства: _____

Телефон _____

Подпись _____