

УВЕДОМЛЕНИЕ

ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор», на основании п.24 разд.4 Постановления Правительства РФ № 736 от 11.05.2023 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006», до заключения договора уведомляет заказчика (пациента или его законного представителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

В соответствии с требованиями ст.79 ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор» информирует заказчика (пациента или его законного представителя) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

ФИО заказчика (потребителя или его законного представителя) _____ (подпись)

ДОГОВОР № _____

НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Туймазы

«__» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Ваш Доктор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии от 30.05.2018 г. № Л041-01170-02/00321811, выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан, в лице медицинского регистратора _____, действующего на основании Приказа № 27 от 27.07.2023г., с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить эти услуги:

№	Наименование услуг	Врач	Время	Кол-во	Ед.	Цена	Стоимость	Каб.

Итого: _____

1.2. Потребитель при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых Исполнителем услуг, стоимостью и условиями их предоставления, и отказывается от альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи за счет государственных средств, в объемах предусмотренных программой государственных гарантий.

1.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: не более 2 (двух) часов от назначенного времени.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

- Исполнитель вправе с письменного согласия Потребителя определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинской услуги.
- Исполнитель вправе с письменного согласия Потребителя вносить изменения в лечение и провести дополнительное специализированное лечение.

2.2. Обязанности Исполнителя:

- Исполнитель принимает на себя обязательство оказать услуги, указанные в п.1.1. настоящего договора, в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.
- Исполнитель обязан обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.
- Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о врачебной тайне Потребителя.
- Исполнитель обязан предоставить услугу в течение 30 календарных дней в соответствии с режимом работы Исполнителя (приложение № 3).

- После исполнения договора Исполнитель обязуется выдать Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.3. Права Потребителя:

- Потребитель вправе требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

2.4. Обязанности Потребителя:

- Потребитель обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.
- Потребитель обязуется соблюдать правила поведения, принятые Исполнителем для пациентов.
- Потребитель обязуется выполнять все рекомендации, назначения медицинского персонала, оказывающего ему по договору медицинские услуги, режим лечения, в том числе и после оказания услуг.
- Потребитель обязуется оплатить услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим договором.

3. Стоимость услуг и порядок платежей.

- 3.1. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет _____ рублей.
- 3.2. Оплата услуг осуществляется Потребителем в порядке 100%- ной предоплаты до получения услуг, указанных в п.1.1. настоящего договора, путем внесения наличных денежных средств кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Ответственность сторон.

- 4.1. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.
- 4.2. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или с взы с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.
- 4.3. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

5. Порядок изменения и расторжения договора.

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

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

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем услуги (подтверждением получения Потребителем услуги являются копии медицинских документов, заключение по результатам диагностического обследования, выписки из медицинских документов).

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

7. Адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель: ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор» Адрес: 452613, Республика Башкортостан, г. Октябрьский, 34 мкр., д.7/2; ИНН 0265037408; КПП 026501001; ОГРН 1120265000536; р/с 40702810217000000246; к/с 30101810480730000875; Филиал «ИнвестКапиталБанк» АО «СМП БАНК» г.Уфа; БИК 048073875, 8(34767) 30022, 30099, 31888; Email: mc_vash_doktor@mail.ru
Потребитель: Ф.И.О.: _____ Адрес места жительства: _____ Данные документа, удостоверяющего личность: _____ Телефон: _____ Электронная почта: _____
Сведения о законном представителе потребителя (при наличии): - Ф.И.О.: _____ - адрес места жительства: _____ - телефон: _____ - данные документа, удостоверяющего личность: _____

8. Подписи Сторон:

Я, _____, подтверждаю своей подписью, что прочитал вышеизложенную информацию, она мне понятна, и выражаю добровольное согласие на получение медицинской услуги на платной основе, в объеме и сроки, установленные настоящим Договором. Я подтверждаю, что ознакомлен с Прейскурантом, правилами поведения в ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор» и положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор».

Я уведомлен о том, что может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается со мной и указывается в дополнительном плане лечения.

Исполнитель: Потребитель:
Медицинский регистратор

(ФИО)

V _____
(ФИО)

М.П.

Приложение № 1

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор» в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01170-02/00321811 от 30.05.2018г., выданной Министерством здравоохранения Республики Башкортостан. Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; 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); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; кардиологии; клинической лабораторной диагностике; колопроктологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; нефрологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; пульмонологии; ревматологии; рентгенологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; эндоскопии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе профессиональной пригодности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического); психиатрическому освидетельствованию.

Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
Почтовый адрес: Республика Башкортостан, г.Уфа, ул.Тукаева, 23
Телефон: 8(347) 218-00-81

Приложение № 2

Сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации находится на информационном стенде.

Приложение № 3

Сведения о режиме работы ООО «Медицинский центр «Ваш Доктор» находится на информационном стенде.