

e-mail: info@vitamedrf.ru

тел. +7 (499) 450-94-99

сайт: vitamedrf.ru

ДОГОВОР N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва "\_\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ВИТА МЕД» именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Кушхауновой Мадины Евгеньевны, действующего на основании Устава с одной стороны и, именуемый в дальнейшем «Заказчик (Пациент)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предметом настоящего договора является оказание силами и средствами Исполнителя платной медицинской помощи Пациенту\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с перечнем предоставляемых видов услуг, предусмотренных лицензией и действующим прейскурантом в течение срока действия договора.

1.2. Пациент подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом, содержащим перечень предоставляемых услуг и согласен на получение платной медицинской помощи.

1.3. Пациент или его законный представитель вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

1.4. Оказание платной медицинской помощи осуществляется после дачи Пациентом или его законным представителем добровольного согласия на получение медицинской помощи в письменной форме, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

1.5. Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает характер, сроки и объем медицинской помощи.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить оказание качественной медицинской помощи Пациенту в соответствии с медицинскими показаниями и установленными стандартами. Оказание медицинской помощи осуществляется согласно режиму работы структурных подразделений Исполнителя.

2.1.2. В случае возникновения препятствий для выполнения условий настоящего договора известить об этом Пациента.

2.1.3. Информировать о целях, методах оказания медицинской помощи, связанными с ними рисками, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, об их стоимости, необходимых лекарственных средствах и препаратах, и расходных материалах.

2.1.4. Организовать за счет Заказчика (Пациента) и с его согласия необходимые обследования, исследования в других медицинских учреждениях, с которыми имеются договорные отношения, при невозможности выполнения таковых своими силами.

2.1.5. Вести медицинскую документацию и выдавать Пациенту медицинские документы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.6. Вести учет видов, объема оказанной медицинской помощи, а также средств, полученных от Пациента, а также выступать представителем интересов Пациента перед Соисполнителями медицинских услуг.

2.1.7. Обеспечить Пациенту реализацию прав в соответствии со ст. 19 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» №323-ФЗ от 21.11.2011

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, режима работы Исполнителя, невыполнении назначений лечащего врача и медицинского персонала, при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Пациента, при состояниях наркотического или токсикологического опьянения Пациента, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Пациента.

2.2.2. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе непредусмотренной договором.

2.2.3. Обрабатывать и передавать персональные данные и предоставлять информацию о состоянии здоровья Пациента в соответствии с законодательством.

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Соблюдать правила внутреннего распорядка, режим работы Исполнителя, режим лечения, выполнять назначения врачей-специалистов и медицинского персонала. Являться для получения медицинской помощи в назначенное время.

2.3.2. Информировать врачей до оказания медицинской помощи о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, употреблении алкоголя, наркотических и иных токсических средств.

2.3.3. Не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания (информировать до оказания медицинской помощи об инфекционных и паразитарных заболеваниях, болезни или носительстве, вызванной ВИЧ и др.).

2.4. Заказчик (пациент) обязуется оплатить оказание медицинской помощи на условиях, предусмотренных настоящим договором.

2.5. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, о своих правах и обязанностях, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя.

2.4.2. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Исполнителя и его врачей – специалистов.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. До начала оказания медицинской помощи Заказчик (пациент) вносит в кассу Исполнителя авансовый платеж в размере **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.,** которые в течение срока действия договора засчитываются в счет оплаты за фактически оказанные Исполнителем медицинские услуги в соответствии с действующим Прейскурантом.

Заказчик (Пациент) ознакомлен и согласен с Прейскурантом Исполнителя.

3.2. При использовании авансового платежа Заказчик (Пациент) пополняет авансовый платеж на основании промежуточных расчетов за фактически оказанные услуги каждые 5-7 дней. Если в процессе оказания медицинской помощи возникнет необходимость получения медицинских услуг, которые не покрываются авансовым платежом, Заказчик (пациент) до начала оказания таких услуг оплачивает их стоимость в соответствии с действующим прейскурантом в кассу Исполнителя, либо вносит дополнительный авансовый платеж в размере стоимости таких услуг.

3.3 Окончательный расчет с Исполнителем осуществляется в день выписки Пациента из стационара путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или внесения денежных средств в кассу Исполнителя по выставленному счету с учетом внесенных авансовых платежей.

3.4. В случае если сумма денежных средств, внесенная Заказчиком (пациентом) в кассу или на расчетный счет Исполнителя, превысят стоимость фактически оказанных услуг на момент окончания срока действия договора, указанного в п. 6.1. настоящего договора, Исполнитель по личному письменному заявлению Плательщика (приложение № 1 к настоящему договору) осуществляет возврат ему суммы, превышающую стоимость фактически оказанных медицинских услуг, в течение 10 рабочих дней с момента поступления такого заявления к Исполнителю.

При подаче заявления на возврат вышеуказанной суммы, оплаченной по безналичному расчету, Плательщик предъявляет чек об оплате с кодом авторизации. Если в течение 3 (трех) лет после окончания действия договора, указанного в п. 6.1. настоящего договора, заявление плательщика о возврате суммы, превышающей стоимость фактически оказанных медицинских услуг, не поступает в адрес Исполнителя, данные денежные средства считаются прибылью больницы и не подлежат последующему возврату Плательщику.

3.5. Срок оказания медицинской помощи (услуг) определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю соответствии со ст. 190 ГК РФ. В случае длительного лечения, предполагающего этапность и составление медицинского плана, ориентировочные сроки фиксируются в медицинском плане лечения (в медицинской карте/истории болезни) либо в дополнительном соглашении и согласуются с Пациентом.

3.6. Заказчик (Пациент) при выписке обязан подписать акт выполненных работ или предоставить в письменной форме мотивированный отказ, если акт выполненных работ не подписан Заказчиком (Пациентом) в течение 10 дней и не получен мотивированный отказ в письменной форме, услуги Исполнителя считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества.

4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы (в том числе потоп, пожар, вступление в силу новых законов и НПА, внезапно выявленные или возникшие серьезные заболевания и состояния, которые влияют на эффект лечения), нарушения Заказчиком (пациентом) своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком (Пациентом) в случае возникновения осложнений по вине Заказчика (Пациента), в том числе: несоблюдение гигиены, невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших нарушениях и отклонениях в состоянии здоровья, несоблюдение правил внутреннего распорядка для пациентов и посетителей.

4.2. Не предоставление или ненадлежащее предоставление Исполнителем медицинской помощи, а также непредоставление медицинской помощи в установленные сроки, связанные с причинами, которые Исполнитель не мог и не должен был предусмотреть при заключении настоящего договора (например, обострение хронических заболеваний Пациента, не предоставление своевременной, необходимой или представление искаженной информации о состоянии здоровья Пациента, не владеющего или плохо владеющего русским языком) не влекут за собой возникновения ответственности Исполнителя.

4.3. Отсутствие ожидаемого Пациентом результата, если Исполнитель при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, предпринял все необходимые профессиональные действия, не является основанием для признания медицинской помощи ненадлежащей.

4.4. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с пациентом в случае, если Исполнитель уведомил Заказчика (Пациента) об обстоятельствах, зависящих от него и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но Заказчик такие обстоятельства не устранил. Также Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ № 2300-1 вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с Заказчиком (Пациентом) в случае, если Пациент (Заказчик) был уведомлен о необходимости дополнительных исследований и консультаций, а также о том, что его отказ приведен к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций. Исполнитель имеет право приостановить действие настоящего договора или расторгнуть его при несвоевременной оплате или в соответствии с п. 2.2.1 настоящего договора.

4.5. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен (а) с утвержденным внутренним распорядком для пациентов и посетителей больницы и обязуется их исполнять.

4.6. В случае если невозможность исполнения обязательств возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Заказчик (пациент) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Заказчику (пациенту) остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве авансового платежа.

4.7. Исполнитель имеет право изменить сроки оказания медицинской помощи по причинам, не предусмотренным настоящим договором.

4.8. Меры ответственности сторон, предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами законодательства Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры, возникшие при исполнении настоящего договора, разрешаются в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания и действует до момента выписки пациента, а в части взаиморасчетов до исполнения Сторонами всех взятых на себя обязательств по настоящему договору.

6.2. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному согласию Сторон путем подписания письменного соглашения.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Пациент уведомлен о том, что данную медицинскую помощь он может получить без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=889A76F4F4EBABD328654FC0E3084C47C837938DB011B8B9E4AC046D47566EE7B59D5ABEE78F58603ADDN) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.2. Настоящий договор является рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех услуг Пациенту. Детализация видов работ и услуг, стоимости этапов определяется в дополнительных соглашениях, планах лечения, согласованных с Пациентом.

7.3. Настоящий договор составлен в двух/трех экземплярах на русском языке. Все экземпляры идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из сторон находится по одному экземпляру настоящего договора. Документы с факсимильной подписью и печатью принимаются к исполнению сторонами и считаются действительными.

7.4. Приложение – копия лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00324646 от 14.02.2020 года.

Исполнитель: Пациент

ООО «Вита Мед» Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: 117418, г. Москва, ул. Цюрупы, д.8, пом.VI, ком.7

ИНН/КПП 7727293786 / 772701001 Паспорт серия Номер

Банковские реквизиты: Кем выдан:

р/с 40702810838000428013

в ПАО Сбербанк Код подразделения:

к/с 30101810400000000225 Зарегистрирован: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК 044525225

ОКПО 03156895 Место пребывания:   
ОКАТО 45293590000   
ОКТМО 45908000000 Контактный телефон:

Генеральный директор

Пациент:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Кушхаунова М.Е./ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица (Заказчик):

С условиями договора ознакомлен (-на) и согласен. Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данном у договора.

подпись, ФИО полностью, паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, адрес регистрации, телефон, № расчетного счета, реквизиты банка.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **"VITA MED LLC"**  **117418, Moscow, Tsyurupy, 8.**  **PSRN: 1167746583707**  **ITN: 7727293786**  **Tel.: +7 (499) 450-94-99**  **E-mail: info@vitamedrf.ru** |  | **ООО «ВИТА МЕД»**  **117418, г. Москва, ул. Цюрупы, д.8.**  **ОГРН: 1167746583707**  **ИНН: 7727293786**  **Телефон: +7 (499) 450-94-99**  **Почта: info@vitamedrf.ru** |

УВЕДОМЛЕНИЕ

(в соответствии с п.15. «Правил предоставления медицинскими организациями

платных медицинских услуг», Утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006)

Я, гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ настоящим уведомлением подтверждаю, что мне представителем Общество с ограниченной ответственностью «Вита Мед» предоставлена в полном объеме и в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=889A76F4F4EBABD328654FC0E3084C47C837938DB011B8B9E4AC046D47566EE7B59D5ABEE78F58603ADDN) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и подтверждает свое желание получить медицинскую помощь на платной основе.

Подтверждаю, что уведомлен (а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Подпись «Заказчика» (Пациента/Законного представителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Ф.И.О.