

Автономная некоммерческая организация «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики», действующее на основании Лицензии от 10.12.2018г. серия Б 0007448 №ЛО-86-01-003195 выдана Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, в лице руководителя отдела по работе с клиентами Исаковой Радмилы Сергеевны, действующего на основании доверенности от 21.09.2020г. №7-АНО, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», являясь законным представителем (мать/отец) несовершеннолетнего ребенка _____, с другой стороны,

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги (далее - Услуги) Заказчику как пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, а Заказчик как пациент обязуется принять оказанные Услуги и оплатить их стоимость в соответствии с условиями

Перечень медицинских услуг, составляющих предмет по настоящему Договору, установлен Предварительной калькуляцией (Приложение № 1), сформированной на основании утвержденных Тарифов на платные медицинские услуги. Перечень медицинских услуг подлежащих оказанию по настоящему Договору, соответствует разрешенным видам медицинской деятельности согласно лицензии от 10.12.2018г. серия Б 0007448 №ЛО-86-01-003195 выдана Службой по контролю и надзору в сфере здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

1.2. Заказчик подтверждает, что в момент заключения настоящего Договора в наглядной и доступной форме уведомлен Исполнителем о том, что Заказчик как пациент может получить соответствующие виды и объемы 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. Заключая настоящий Договор, Заказчик как пациент добровольно соглашается на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.3. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика как пациента, являющегося Приложением к настоящему Договору и данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

1.4. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Заказчика как пациента на получение платных медицинских услуг в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 года № 1006 и Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

2. Цена Договора и порядок расчетов

2.1. Цена Договора определяется на основании утвержденных Тарифов на платные медицинские услуги, Автономная некоммерческая организация «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»

2.2. Если оплата Услуг производится в наличной форме, Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

2.3. Заказчик обязан оплачивать медицинские услуги путем 100% предоплаты в течение 5 (Пяти) дней с момента получения счета на оплату.

2.4. Обязанность Заказчика по оплате Услуг считается исполненной в момент поступления денежных средств в кассу Исполнителя либо на лицевой счет Исполнителя.

2.5. Все расчеты по настоящему Договору осуществляются в рублях Российской Федерации.

2.6. При досрочном расторжении Договора по инициативе Заказчика (отказе Заказчика как пациента от получения Услуг) Исполнитель возвращает Заказчику полученные от него денежные средства в течение 10 рабочих дней с момента расторжения Договора за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов. Под расходами Исполнителя в настоящем Договоре Стороны понимают фактически понесенные Исполнителем затраты, связанные с предоставлением платных медицинских услуг Заказчику.

3. Порядок изменения и расторжения настоящего Договора

3.1. Изменение условий настоящего Договора и расторжение Договора возможно по соглашению Сторон путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.2. В случае необходимости оказания дополнительных медицинских услуг стороны заключают новый договор.

3.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе Заказчика при условии возмещения Заказчиком Исполнителю фактически понесенных расходов. Исполнитель возвращает Заказчику полученные от него денежные средства. При этом заключение дополнительного соглашения не требуется. Расчет производится по факту оказанных медицинских услуг, на основании подписанного сторонами акта оказанных услуг.

3.4. Исполнитель имеет право приостановить действие настоящего Договора или расторгнуть его при нарушении обязательств Заказчиком. При этом заключение дополнительного соглашения не требуется.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать медицинские услуги в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

4.1.2. Обеспечить соответствие оказываемых Пациенту Услуг порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и иным требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

перечня Услуг и стоимости Услуг проинформировать Заказчика как пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия или расторгнуть Договор по инициативе Исполнителя при отказе Заказчиком как пациентом от получения Услуг, уведомив его о последствиях.

4.1.4. Предоставить Заказчику как пациенту по его требованию и в доступной для него форме 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 Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.1.5. Соблюдать принципы и правила обработки персональных данных Заказчика как пациента, предусмотренные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», с учетом требований законодательства в сфере здравоохранения по защите врачебной тайны.

4.1.6. В случае, изменения действующего Тарифа на платные медицинские услуги, перечня медицинских услуг, разрешённого лицензией, в течение срока действия настоящего Договора, своевременно уведомить об этом Заказчика. При этом надлежащим уведомлением со стороны Исполнителя является размещение информации о новых Тарифах на официальном сайте <https://crphmao.ru/> Исполнителя.

4.1.7. Поставить в известность Заказчика об обстоятельствах, препятствующих надлежащему исполнению обязательств по настоящему Договору, в случае их возникновения.

4.2. Исполнитель вправе:

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

4.2.2. Требовать от Заказчика как от пациента соблюдения графика прохождения процедур и обследования; соблюдения внутреннего режима, действующего у Исполнителя.

4.3. Заказчик как пациент обязан:

4.3.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг, в том числе: выполнять рекомендации, предписания и назначения лечащего врача, соблюдать график приема врачей-специалистов.

4.3.2. Подписывать информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг, предварительные планы лечения, согласие на обработку персональных данных, акты сдачи-приемки оказанных услуг, Приложения к настоящему Договору и иные документы, связанные с предоставлением Услуг по настоящему Договору.

4.3.3. Правдиво и полно до начала оказания Услуг и в течение срока их оказания письменно предоставлять Исполнителю всю информацию о состоянии своего здоровья (в том числе о полученных Заказчиком как пациентом травмах, принимаемых лекарственных препаратах, аллергиях, психических расстройствах, лечении в других медицинских учреждениях, заболеваниях и т.п.). Исполнитель не несет ответственности за возможные неблагоприятные последствия (включая осложнения, неверную постановку диагноза, некорректные методы лечения), обусловленные неисполнением и/или ненадлежащим исполнением Заказчиком настоящего пункта

4.3.4. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Заказчика как пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение к Исполнителю.

4.3.5. Соблюдать правила техники безопасности и пожарной безопасности, действующие в Клинике.

4.3.6. В случае отказа Заказчика как пациента от получения Услуг письменно уведомить об этом Исполнителя, после чего расторгнуть Договор по инициативе Заказчика.

4.3.7. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, определенным настоящим Договором и представить кассовый чек об оплате для получения необходимой медицинской услуги.

4.4. Заказчик, как пациент вправе:

4.4.1. Получать информацию о медицинской услуге.

4.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации о состоянии (соблюдения врачебной тайны).

4.4.3. Ознакомиться с порядком и условиями оказания платных медицинских услуг.

4.4.4. Получить информацию о состоянии здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе, методах лечения.

4.4.5. Расторгнуть настоящий Договор посредством предоставления письменного отказа от Услуг в порядке, установленном Договором.

5. Ответственность сторон

5.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Заказчику ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

5.2. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору, возникшему по вине Заказчика, услуги подлежат оплате в полном объеме.

5.3. В случае если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон ответственности не несет, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Заказчику остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.

5.4. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 3 (Трех) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

5.6. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика как пациенту в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.7. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Заказчику как пациенту медицинской помощи.

6. Срок действия договора и другие условия

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания обеими Сторонами (либо указывается фактический момент начала оказания услуг) и действует по _____ года, а в части взятых Сторонами на себя обязательств по настоящему Договору до полного их исполнения.

7. Прочие условия

7.1. Настоящий Договор должен быть заключён в письменной форме.

7.2. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» с целью исполнения определенных сторонами условий Договора Заказчик одновременно с подписанием Договора дает согласие на обработку в документальной и/или электронной форме следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; дата рождения; место рождения; пол; гражданство; паспортные данные; адрес места жительства; номер телефона; идентификационный номер.

7.3. В случае изменения реквизитов Заказчика: места нахождения, Заказчик обязан в 10 (Десяти) дневный срок уведомить об этом Исполнителя.

7.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, другой – у Пациента.

7.5. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

7.6. Контактное лицо со стороны Исполнителя: конт.тел. (3467) 362-555

7.7. Неотъемлемыми частями настоящего Договора являются следующие приложения:

7.7.1. Предварительная калькуляция (Приложение к договору).

8. Подписи сторон

<p>Исполнитель: Автономная некоммерческая организация «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»</p> <p>Адрес: 628011, РФ, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 73</p> <p>ИНН/КПП: 8601065060/860101001</p> <p>Р/сч 40703810138310000066 в ФИЛИАЛ"ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ" ОАО"АЛЬФА-БАНК" Г. ЕКАТЕРИНБУРГ</p> <p>БИК/ОКПО: 046577964/046577964</p> <p>Тел./факс: 8 (3467) 36-25-55</p> <p>Регистратура: 8 (3467) 362-500;</p> <p>Бухгалтерия: 8 (3467) 362-555 (Доб. 131)</p> <p>Коммерческий отдел: 8 (3467) 362-555 (Доб. 303,</p> <p>Электронная почта: 555@срphmao.ru</p>	<p>Заказчик : _____ ПОДПИСЬ</p> <p>Пациент : _____</p> <p>(адрес места жительства)</p>
---	--

Руководитель
отдела

Р.С.
Исакова



м.п.

(подпись)

(подпись)

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № г.

Код услуги	Наименование услуги	Цена
Общая		

<p>Исполнитель: Автономная некоммерческая организация «Центр профессиональной патологии и лабораторной диагностики»</p> <p>Адрес: 628011, РФ, ХМАО-Югра, г. Ханты-Мансийск, ул. Рознина, д. 73 ИНН/КПП: 8601065060/860101001</p> <p>Р/сч 40703810138310000066 в ФИЛИАЛ "ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ" ОАО "АЛЬФА-БАНК" Г. ЕКАТЕРИНБУРГ</p> <p>БИК/ОКПО: 046577964/046577964 Тел./факс: 8 (3467) 36-25-55 Регистратура: 8 (3467) 362-500; Бухгалтерия: 8 (3467) 362-555 (Доб. 131) Коммерческий отдел: 8 (3467) 362-555 (Доб. 303, Электронная почта: 555@cpphmao.ru</p>	<p>Заказчик: : _____ ПОДПИСЬ</p> <p>Пациент: : _____ (адрес места жительства)</p>
---	---

Руководитель
отдела



м.п.

(подпись)

Р.С.
Исакова

(подпись)