Приложение №2

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Исполнитель **ООО «Клиника Облик»** доводит до сведения Потребителя (Заказчика) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись потребителя)

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

**ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

г. Ставрополь "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

Настоящий договор заключен в соответствии с Законом РФ от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей», Законом РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 14.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг». ООО «Клиника Облик», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора А.О.Коробейниковой, действующего на основании Устава, лицензии № ЛО-26-01-005546 от 28.10.2020 года, (приложения с перечнем услуг размещены на официальном сайте www oblik26.ru), выданной Министерством здравоохранения Ставропольского края (тел.+7-8652-26-58-03, адрес г. Ставрополь, ул. Маршала Жукова 42/311,) с одной стороны, и Пациент (законный представитель пациента) Ф.И.О. полностью, число, месяц и год рождения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор (далее -«Договор») о нижеследующем:

**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. Исполнитель на основании обращения Потребителя (Заказчика) обязуется оказать ему медицинские услуги (далее - «медицинские услуги») по:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код | Наименование услуги | Кол-во | Цена руб. | Сумма руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |  |  |

(указать наименование и стоимость услуги в соответствии с прейскурантом)

Потребитель оплачивает Исполнителю за услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу:

г.Ставрополь, улица Тельмана, д. 244, офис5.

Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (заказчика или законного представителя Заказчика), данного в порядке, установленном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и приказом «Об утверждении форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса».

Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованием действующего законодательства РФ, в том числе предъявляемым к качеству медицинской помощи.

Медицинские услуги могут оказываться в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, клинических рекомендаций, в том числе назначение лекарственных препаратов, не входящих в [перечень](consultantplus://offline/ref=A185C8364101769F6B0C30C15BCF6D2455CB5CF47E5C1B9DB59E3831296BCA9C017E16BA79267DA2z4DCG) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствие с п.п.1 и 4 статьи 84 «Оплата медицинских услуг» Федерального закона от 21.11.2011 №323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и приказа Минздрава России от 14.01.2019 №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения». Медицинские услуги могут оказываться в объеме, превышающем объем практических рекомендаций медицинских центров, материалов клинических конференций в области косметологии. Настоящий договор определяет условия оказания пациенту платной медицинской помощи.

**ПРАВА О ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**Исполнитель обязан:**

* Оказать пациенту квалифицированную качественную Услугу в установленный договором срок.
* Обеспечить Потребителя, путем размещения на информационных стендах и/или в доступном месте, бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:
* о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, клинических рекомендаций, практических рекомендаций медицинских центров, материалов клинических конференций особенно в области косметологии применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
* данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
* данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских услуг, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
* других сведениях, относящихся к предмету настоящего Договора.
* До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме (путем размещения на информационных стендах) уведомляет Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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
* Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию об оказываемой Услуге.
* Оказывать Потребителю (Заказчику) услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги. Дополнительные услуги без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять на возмездной основе. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется отдельным договором.
* Информировать Потребителя о возможных осложнениях при проведении данного вида медицинских услуг.
* Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.
* Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими организациями и специалистами.
* Давать при необходимости по просьбе Потребителя разъяснения о ходе оказания услуг ему и лицам, включая государственные и судебные органы, законодательно наделенных правом на получение соответствующей информации.
* Представлять для ознакомления по требованию Потребителя:
* копию учредительного документа Исполнителя, положение об ООО «Клиника Облик»,

участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

* копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.
* Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Ставропольского края и Министерством здравоохранения Российской Федерации.
* Иметь в наличие действующую лицензию на осуществление медицинской деятельности.
* Осуществлять деятельность в соответствии с перечнем работ, указанных в лицензии.

**Потребитель (Заказчик) обязуется:**

* по запросу Исполнителя представлять документы и материалы, необходимые для оказания услуги;
* сообщить врачу сведения о состоянии своего здоровья;
* оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором;
* соблюдать график приема врачей-специалистов, режим лечения, правила поведения в медицинской организации;
* выполнять все рекомендации медицинского персонала, оказывающего ему по настоящему Договору медицинские услуги. Своевременно сообщать лечащему врачу об изменениях своего самочувствия.

**Исполнитель имеет право:**

* получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации;
* требовать от Потребителя соблюдения правил оказания медицинских услуг Исполнителя;
* оказать услуги по настоящему договору в более короткий срок, чем предусмотрено договором;

**Потребитель имеет право:**

* предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;
* потребовать составления акта об оказании услуг, подписанного в двух экземплярах обеими сторонами.

**ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**

Условия получения Потребителем медицинских услуг: **амбулаторно.**

Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать Пациенту Услугу согласно письменному заявлению Пациента, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия Пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником 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, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011№323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом директора «Об утверждении форм документов для правового обеспечения лечебно-диагностического процесса».

К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 №2300-1 «О защите прав потребителей».

**ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГИ**

Стоимость Услуг по настоящему договору составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей 00 копеек. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб. 00 коп.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код | Наименование услуги | Кол-во | Цена руб. | Сумма руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |  |  |

Оплата услуги Пациентом производится наличным или безналичным способом. Возврат уплаченной суммы Пациенту, производится по личному заявлению, в котором указывается форма получения, в течение пяти рабочих дней. В случае неоказания услуг, либо оказания в неполном объеме, по вине Пациента возврат денежных средств не производится.

**ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

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.

При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг Потребитель (Заказчик) вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

- потребовать исполнения услуги другим специалистом;

- расторгнуть настоящий Договор и потребовать возмещения убытков.

Пациент (Потребитель) предупрежден, что не выполнение назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья заказчика.

Исполнитель освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязанностей по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошли по независящим от Исполнителя причинам, вследствие непреодолимой силы.

Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 10 (десяти) дней с момента их наступления в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.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 Потребителю медицинской помощи.

**ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.**

Потребитель настоящим договором подтверждает, что ему разъяснено и понятно свое право на получение медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ на территории Ставропольского края бесплатной медицинской помощи.

**ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ**

В случае опоздания Потребителя для оказания медицинской услуги, Исполнитель самостоятелен в переносе даты оказания медицинской услуги на удобное для специалиста Исполнителя время.

Вопрос о возврате денежных средств Потребителя рассматривается директором ООО «Клиника Облик».

В случае возникновения спора между Потребителем и Исполнителем по вопросу качества оказания услуги, спор между сторонами рассматривается директором ООО «Клиника Облик» или экспертами территориальных организаций в установленном порядке. При недостижении согласия, спор рассматривается в соответствии с действующим законодательством.

**КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

Потребитель (Заказчик) дает согласие Исполнителю на обработку своих персональных данных.

Цель обработки персональных данных – оказание медицинских услуг, соблюдение требований действующего законодательства РФ. Срок обработки данных равен сроку осуществления Исполнителем медицинской деятельности. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

**ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров и привлечения независимых экспертов, а в случае недостижения сторонами согласия, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке по месту регистрации Исполнителя.

В случае возникновения разногласий по вопросам качества оказанных услуг, спор рассматривается врачебной комиссией Исполнителя, а в случае недостижения сторонами согласия, спор подлежат рассмотрению в судебном порядке по месту регистрации Исполнителя. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

**ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

Срок оказания услуг: в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рабочих дней со дня заключения договора.

Срок действия настоящего Договора - с «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. по «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г.

Настоящий Договор, может быть, расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

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

Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнение настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

Неотъемлемой частью настоящего Договора являются Перечень работ (Приложение N 1).

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ООО «Клиника Облик»**  **Наименование: ООО «Клиника Облик»**  **ОГРН** 1182651020463  **ИНН** 2635237648  **КПП** 263501001  **Адрес местонахождения:** город Ставрополь, улица Тельмана, д. 244, офис5  **Лицензия** №ЛО-26-01-004917 от 5.04.2019 года  **Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**А.О.Коробейникова  **МП** | Потребитель (Заказчик):  Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  Адрес места жительства, тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о предоставлении платной медицинской услуги**

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, располагая полной информацией о возможности и условиях предоставления мне услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, прошу вас оказать мне платную медицинскую помощь и заключить договор оказания платных медицинских услуг.

Выбранные мной виды платных медицинских услуг со мной согласованы, и я даю свое согласие на их оплату в соответствии с действующим в ООО «Клиника Облик» прейскурантом тарифов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись пациента дата

**АКТ СДАЧИ-ПРИЕМКИ РАБОТ**

к договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ая) в дальнейшем заказчик

Ф.И.О. пациента

с одной стороны и ООО «Клиника Облик», в лице директора А.О.Коробейниковой, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с другой стороны, заключили настоящий акт о нижеследующем:

**исполнитель оказал медицинские услуги:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код | Наименование услуги | Кол-во | Цена руб. | Сумма руб. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ИТОГО:** |  |  |  |

Вышеперечисленные услуги выполнены в полном объеме и в срок. Оплата произведена полностью. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

**Работу сдал, главный врач Работу принял:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_