***УВЕДОМЛЕНИЕ***

г. Вологда "05" 10 2023 г.

*Я, нижеподписавшийся(-аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО "Ваш доктор".*

*− Уведомлен(-а) о наличии медицинских услуг, оказываемых в медицинских организациях в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области.*

*− Ознакомлен(-а) с Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке и действующим на момент оказания услуг, стоимостью, сроками, условиями предоставления и порядком оплаты платных медицинских услуг в соответствии с договором.*

*− Изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ООО "Ваш доктор"*

*– Уведомлен, 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.*

*ⱱ \_*

**ДОГОВОР \_\_\_\_\_\_**

**О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**г. Вологда "05" октября 2023 г.**

**Гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** *действующий(-ая) в интересах* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем "Заказчик", "Пациент", с одной стороны, и

**ООО "Ваш доктор"**, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Кузьминской Е.Е., действующей на основании Устава, с другой стороны, именуемые в дальнейшем "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает Пациенту по заявке Заказчика медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее – медицинские услуги) в соответствии с Прейскурантом на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке и действующим на момент оказания услуг, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Данные медицинские услуги оказывается в соответствии: с Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», Закона РФ от 07.02.1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года № 736 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", Постановлением Правительства Вологодской области от 29.12.202 № 1553 "Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Вологодской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», Положением о предоставлении платных медицинских услуг в ООО «Ваш доктор».

1.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном законодательством РФ порядке.

1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством РФ.

1.5. Перечень оказываемых медицинских услуг Пациенту:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименованиемедицинской услуги | Цена, руб.  | Количество | Сумма, руб. |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
|  | Всего к оплате: |  |  |  |

1.6. Срок ожидания медицинских услуг не более 10 рабочих дней с момента заключения договора

1.7. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

№ Л041-01135-35/00337452, выдана Департаментом здравоохранения Вологодской области, 20.08.2018 (бессрочно),

 перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность:

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); медицинскому массажу; сестринскому делу; 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; дерматовенерологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской эндокринологии; инфекционным болезням; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; нефрологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; ревматологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; стоматологии терапевтической; ультразвуковой диагностике; урологии; 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 кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

**2.Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить Заказчика доступной и достоверной информацией о медицинских услугах, содержащей следующие сведения о: а) порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении медицинских услуг; б) данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации) в) данных о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.2. Оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в соответствии с требованием медицинских стандартов, действующим на территории РФ в полном объеме.

2.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию и обеспечить Заказчика непосредственное ознакомление по его требованию с ней, при необходимости выдать копии этих медицинских документов.

2.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Заказчика.

2.1.6. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.1.7. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре.

2.1.8. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Заказчику достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

2.1.9. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законодательством РФ. Сохранять конфиденциальность информации о врачебной тайне Пациента.

2.1.10. Соблюдать требование Закона РФ "О защите прав потребителей".

2.1.11. После оказания платных медицинских услуг исполнитель бесплатно выдать пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписку из медицинских документов), отражающие состояние 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.

2.2. Заказчик (Пациент) обязан:

2.2.1. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

2.2.2. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

2.2.3. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

2.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, которые он должен соблюдать и после оказания услуги. Соблюдать Правила внутреннего распорядка ООО "Ваш доктор", лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Своевременно посещать приемы специалистов и манипуляции, получать медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.6. Предоставить врачу на консультации данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне больницы (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии здоровья пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.7. Оплатить стоимость медицинских услуг, до начала ее оказания согласно утвержденному Исполнителем Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.5 настоящего Договора составляет:

3.2. Заказчик осуществляет оплату в размере 100% стоимости услуг, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или расчетом банковской картой.

3.3. В случае невозможности исполнения обязательств по настоящему договору со стороны Исполнителя, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в разделе №3 настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Заказчику в оказании услуг до оплаты последним ее стоимости.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий.

4.3. Оказанная Исполнителем услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Заказчик (Пациент) не заявит претензий в период получения услуг.

4.4. Спор между сторонами рассматривается главным врачом, с привлечением врачебной комиссии. При недостижении согласия сторон споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Срок действия.**

5.1. Договор действует с момента подписания Сторонами и до момента фактически оказанных услуг и их оплаты.

5.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один находится у исполнителя, второй - у заказчика.

**6. Конфиденциальность и защита персональных данных**

6.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента (Заказчика) за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну.

6.2. С согласия Пациента (Заказчика) или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента (Заказчика).

6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента (Заказчика) или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Пациента (Заказчик), не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

Пациент (Заказчик)

□ предоставляет □ не предоставляет

Исполнителю согласие на информирование о его услугах в виде смс-сообщений на указанный в настоящем Договоре номер телефона Пациента (Заказчика).

**Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**ООО «Ваш доктор»ОГРН 1053500034840 ИНН 3525149743 КПП 352501001Юр. адрес: 160035, г. Вологда, ул. Ветошкина, д. 8 Почтовый адрес: 160035, г. Вологда, ул. Ветошкина, д. 8Телефон: 8(8172) 70-80-85, + 79517340909Сайт www.vashdoctor-vologda.ruНаименование банкар/с 40702810812000005280к/с 30101810900000000644 БИК 041909644"Отделение №8638 Сбербанка России"Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кузьминская Е.Е.МП | **Заказчик:** ***Договор мною прочитан. Содержание понятно, вопросов не имею***  ⱱ *Подпись, ФИО*Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Электронная почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Пациент (законный представитель пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



АКТ

Сдачи-приемки оказанных услуг по договору о предоставлении платных медицинских услуг

№ от «05» октября 2023

г. Вологда "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

ООО "Ваш доктор", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора Кузьминской Елены Евгеньевны, действующей на основании Устава, лицензии №Л041-01135-35/00337452 от 20.08.2018 года, и гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем "Заказчик", Пациент" с другой стороны, именуемые в дальнейшем "Стороны", составили настоящий акт о нижеследующем:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование услуг | Ед. изм. | Количество | Стоимость услуги (руб.) | Сумма (руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Итого: |

На общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик принимает настоящие услуги, оказанные качественно и своевременно, претензий к Исполнителю не имеет. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимиле подписи (воспроизведенное механическим способом с использованием клише)

Подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| От ИсполнителяДиректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кузьминская Е.Е. | От Заказчика (услуги принял):ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«5» октября 2023 г. |