**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Набережные Челны «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г.

**ООО КЛИНИКА-САНАТОРИЙ "НАБЕРЕЖНЫЕ-ЧЕЛНЫ",** имеющее государственную лицензию на осуществление медицинской деятельности серии Серия ЛО-01 №0002656, регистрационный номер ЛО-16-01-004107 от 27.04.2015г, именуемое в дальнейшем **"Исполнитель",** в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_далее именуемый(ая) в дальнейшем **"Потребитель"**, при совместном упоминании именуемые **"Стороны"**, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией на осуществление медицинской деятельности и действующими нормативными актами о здравоохранении в РФ в соответствии с прейскурантом предоставляемых услуг, а Потребитель обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг и выполнять требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

**2. Стоимость и порядок расчетов**

2.1. Настоящий Договор предусматривает оказание Потребителю медицинских услуг по ценам, предусмотренным действующим Прейскурантом на момент получения услуг.

2.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем на условиях 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя».

2.3. Сумма по договору определяется фактически оказанными услугами на основании прейскуранта.

**3. Права и обязанности Сторон**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1.Оказать Потребителю квалифицированные, качественные медицинские услуги, по настоящему договору в дни и часы работы, установленные администрацией, которые доводятся до сведения Потребителя.

3.1.2.Получать информированное добровольное согласие Потребителя на медицинское вмешательство.

3.1.3. Предупредить Потребителя в случае если при предоставлении платных медицинских услуг в рублях, об оказываемой услуге и об используемых материалах, о возможных осложнениях при лечении.

**3.2.Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Приостановить оказание услуги, если в процессе исполнения обязательств выяснится неизбежность получения отрицательного результата или нецелесообразность дальнейшего исполнения услуги – в этом случае стороны обязаны рассмотреть вопрос о целесообразности дальнейшего оказания медицинских услуг по договору;

3.2.2. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему договору при неисполнении «Потребителем» своих обязательств.

**3.3.Потребитель обязан:**

3.3.1. Оплатить платные медицинские услуг.

3.3.2. Предоставлять полную информацию о состоянии своего здоровья, необходимую для качественной медицинской услуги, в т.ч. перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.3.3.Отказаться в одностороннем порядке от исполнения обязательств по настоящему договору в случае, когда действия Исполнителя делают невозможным исполнение медицинской услуги в целом или надлежащего качества, а именно: нарушение режима проводимых процедур, злоупотребление алкоголем, наркотическими средствами и т.п.

**3.4.Потребитель имеет право:**

3.4.1. Получить в доступной форме информацию о состоянии своего здоровья, процессе лечебно-диагностических мероприятий, отказываемых «Исполнителем».

3.4.2. На предоставление информации о медицинской услуге.

3.4.3.Ознакомления с документами, подтверждающими квалификацию врача и наличие необходимых разрешений и лицензий на оказание медицинских услуг Исполнителем.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае возникновения споров между Сторонами договора по вопросам исполнения его условий, Стороны принимают меры для разрешения их путем переговоров.

4.2.Споры, по которым не достигнуты согласия, разрешаются в установленном законодательством порядке.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за осложнения, возникшие в связи с неисполнением Потребителем рекомендаций Исполнителя.

**5. Срок действия договора и порядок его изменения**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до окончания исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору оформляются письменно в виде дополнения к договору, подписываются Сторонами или полномочными представителями Сторон, и считаются неотъемлемой частью настоящего договора. Досрочное расторжение может иметь место по соглашению сторон либо по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

**6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. В случае, если оплата производится третьим лицом, договор составляется в трех экземплярах.

6.3. В целях надлежащего исполнения Сторонами обязательств по настоящему договору Стороны дают согласие на обработку персональных данных, а именно: на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных». Настоящее согласие дается на период до истечения сроков хранения соответствующей информации или документ, содержащих указанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Информацию об услугах, акциях и скидках в ООО «КЛИНИКА - САНАТОРИИ «НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ» Потребитель получает в виде смс-сообщений на указанный мною

номер сотового телефона и электронную почту. **V** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:** ООО КЛИНИКА-САНАТОРИЙ «НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ»

Юридический адрес: индекс 423826, г. Набережные Челны, пр. Чулман, д. 61/04, тел.: (8552) 56-53-03, факс.: (8552) 56-84-90 [klinika\_nab@mail.ru](mailto:klinika_nab@mail.ru). ИНН / КПП 1650307217/16500100,

ОКПО 43809700, р/с 407028107262440000809, Филиал ПАО Банк ВТБ в г.Нижний Новгород, к/сч 30101810200000000803 БИК 042202837

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

Ф.И.О. подпись

**ПОТРЕБИТЕЛЬ:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О.

год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия, номер серия кем выдан

Зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон:

**V**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись

Соглашение об объеме и условиях, оказываемых платных медицинских услуг (информированное согласие)

Я.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В рамках договора на оказание платных медицинских услуг, желаю получить услуги, указанные в договоре, в ООО КЛИНИКА-САНАТОРИЙ «НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ». При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил(а) от лечащего врача и медицинского персонала ООО КЛИНИКА-САНАТОРИЙ «НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в других медицинских организациях в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, и я осознал, что проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного ожидаемого результата и как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
3. Я согласен(на) на проведение мне диагностических мероприятий взятие анализов, осмотра, проведение УЗИ и других необходимых для меня методов исследований, лечебных мероприятий: всех видов инъекций, таблетированных форм и мазей и других необходимых мне процедур и вмешательств.
4. Мне разъяснено, что назначаемые мне лекарственные препараты разрешены к применению в России. Я понимаю, что любое лекарственного средство может вызвать побочные реакции, но и в этом случае я получу всю необходимую мне медицинскую помощь.
5. Я согласен(на) с тем, что используемые медицинские технологии не могут полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО КЛИНИКА-САНАТОРИЙ «НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ» не несет ответственности за их возникновения.
6. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги и не нарушать режим, предписанный мне врачом. Я предупреждён, что в случае нарушения режима я сам(а) несу ответственность за свое здоровье.
7. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Потребитель **V** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. подпись