**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг №\_\_\_\_\_**

г. Омск  **«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2019 года**

ООО «Доброе Дело», именуемая в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Ушаковой Лидии Николаевны, действующй на основании Устава и лицензий на осуществление медицинской деятельности № № ЛО-55-01-001373 от 14.04.2014г. выданной МЗОО с одной стороны, и гражданин РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые совместно Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
	1. По настоящему договору Исполнитель оказывает пациенту **Медицинские услуги** (далее по тексту – **медицинские услуги**) по своему профилю деятельности согласно п. 2.1.1. договора в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

Подписав настоящий договор Пациент добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Оказывать Пациенту платные медицинские услуги, виды и стоимость которых указаны в прейскуранте размещенных на сайте [www.dobroedelo.info](http://www.dobroedelo.info) и действует на дату оказания медицинских услуг.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги после полной оплаты Пациентом стоимости медицинских услуг в соответствии с разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.3. Обеспечить оказание услуг надлежащего качества.

2.1.4. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, любым доступным способом.

**2.2. Пациент обязуется:**

2.2.1. Оплатить стоимость медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1, в течение периода их оказания согласно утвержденному Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора.

2.2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинского центра (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья и перенесенных заболеваниях, и указать их в Приложении № 1 к настоящему договору.

2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации сотрудников Исполнителя, соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов**

3.1. Стоимость медицинских услуг определена прейскурантом, указанным в п. 2.1.1. настоящего договора.

3.2. Оплата стоимости медицинских услуг осуществляется Пациентом лично, либо третьими лицами в российских рублях через кассу Исполнителя или отделения банков, принимающих платежи от физических лиц, или любым способом разрешенным законодательством РФ.

3.3. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Пациента, объем оказываемых Пациенту медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, оплаченной за медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1.1. настоящего договора, возвращается Пациенту (либо иному лицу, указанному в письменном распоряжении Пациента), по реквизитам указанным Пациентом.

3.4. В случае отказа Пациента от продолжения обследования или лечения путем подачи письменного заявления на имя руководителя Исполнителя в любое время с момента начала оказания услуг (услуги), согласно п. 6.2.2. договора, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, оплаченной за медицинские услуги, предусмотренные п. 2.1.1. настоящего договора, возвращается Пациенту (либо иному лицу, указанному в письменном распоряжении Пациента), по реквизитам указанным Пациентом.

**4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации или недостоверной о своем здоровье в соответствии с п. 2.2.2, либо вызванных медицинскими показаниями.

**5. Конфиденциальность**

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**6. Срок действия договора и условия прекращения договора**

6.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами и действует до 31.12.2019 года.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. По соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.4. настоящего договора;

6.2.2. В одностороннем порядке по инициативе Пациента путем подачи письменного заявления на имя руководителя Исполнителя в любое время оказания услуг (услуги), при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 3.3. настоящего договора.

6.2.3. В одностороннем порядке по инициативе Исполнителя.

**7. Прочие условия**

7.1.Пациент при подписании настоящего договора полностью ознакомился с порядком, условиями и сроками предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

7.2. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего договора, разрешаются путем переговоров между сторонами.

7.3. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров, стороны договорились о передаче спора (разногласий) в Куйбышевский районный суд города Омска, либо (в случае сумм требований до 50000 рублей) в Судебный участок № 113 в Куйбышевском судебном районе города Омска.

7.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «ДоброеДело»****Адрес:** 644070, ул. Звездова, д.62/1 **E-mail:** lidiya.ushakova@list.ru**Тел.:** 488-100**ИНН** 5504117695**КПП** 55040101**ОГРН** 1115543045111**Свидетельство ОГРН:** серия 55 № 003 612643**Зарегистрировано:** 21.12.2011 года в ИФНС№2 по ЦАО г.Омска**р/с** 4070 2810 3232 1000 0771Филиал «Новосибирский» АО «Альфа-банк»г.Новосибирск**БИК** 045004774**К/с** 3010 1810 6000 0000 0774 | Пациент:Адрес:Паспорт: серия номер  Выдан:Дата выдачи:  |

**9. Подписи сторон**

 **«Исполнитель» « Пациент»**

 ООО «Доброе Дело»

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Л.Н. Ушакова)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Приложение № 1
 к Договору №\_\_\_\_\_\_
 на оказание платных медицинских услуг от **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019** года.
 Перечень перенесенных заболеваний Пациента, которые необходимо указать.

Туберкулез любой формы и локализации.
Кишечные инфекции (дизентерия, сальмонеллез, ротавирусная инфекция и пр.)
Заболевания, вызванные гельминтами (глистные инвазии – аскаридоз, энтеробиоз, тениоз и пр.)
Поверхностные контагиозные (заразные) микозы (микроспория, трихофития).
ВИЧ в стадии иммунодефицита (СПИД).
Вирусные гепатиты в стадии декомпенсации, цирроза
Педикулез (вшивость).
Злокачественные новообразования любой локализации
Злокачественные и доброкачественные новообразования головного мозга и его оболочек, головы и
шеи, независимо от стадии.
Любые анемии, любые нарушения свертываемости крови, склонность к тромбозам и/или
кровотечениям.
Любые эндокринные заболевания – сахарный диабет, заболевания надпочечников, гипофиза,
щитовидной железы и других эндокринных органов.
Психические расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением
психоактивных веществ, наркотическая, алкогольная, лекарственная и другие химические
зависимости.
Эпилепсия и другие заболевания с пароксизмальными расстройствами и нарушением сознания
(приступы, припадки и пр.), эпилептиформная активность, выявленная при проведении
электроэнцефалограммы.
Системные атрофии и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
Наследственные дегенеративные заболевания нервной системы.
Церебральный паралич и другие паралитические синдромы с ограничением обычной бытовой
активности.
Перенесенные нарушения мозгового кровообращения (инсульты).
Глаукома.
Острая ревматическая лихорадка.
Ревматические заболевания сердца с сердечной недостаточностью, поражением клапанов сердца.
Ишемическая болезнь сердца: Стенокардия напряжения, нарушения ритма и сердечная
недостаточность.
Перенесенный острый инфаркт миокарда.
Вазоспастическая (вариантная) стенокардия.
Нарушения ритма сердца, в том числе, возникавшие ранее.
Повышение артериального давления.
Понижение артериального давления с эпизодами потери сознания (коллапсы, обмороки).
Эндокардит, в том числе, инфекционный.
Любые заболевания сердечно-сосудистой системы с сердечной недостаточностью.
Любые заболевания артерий и вен.
Любые заболевания органов дыхания.
Заболевания органов пищеварения, сопровождающиеся кровотечениями или риском кровотечений
(цирроз печени, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, болезнь Крона,
заболевания пищевода и пр.), даже перенесенные ранее и в настоящее время не беспокоящие
Желчнокаменная болезнь.
Аллергические заболевания (поллиноз, бронхиальная астма, атопический дерматит и пр.) и
склонность к ним, в том числе, острые аллергические реакции (крапивница, ангионевротический
отек (Квинке), анафилактический шок), даже однократные.
Поражения опорно-двигательного аппарата, в том числе, после травм и операций,
ограничивающие обычную бытовую активность.
Любые заболевания почек.
Мочекаменная болезнь.
Любые гинекологические заболевания.
Любые заболевания и состояния, врожденные и приобретенные, ограничивающие обычную
бытовую активность (трудовую деятельность, самообслуживание, социальную активность).
При наличии беременности – сообщить о сроке, особенностях протекания беременности,
предоставить обменную карту.
В послеродовом периоде – сообщить об особенностях протекания, лактации.
При наличии заболеваний, не вошедших в перечень – известить медицинского работника перед
оказанием медицинской услуги.
Указываются перенесенные
заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Адреса и реквизиты сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО «ДоброеДело»****Адрес:** 644070, ул. Звездова, д.62/1 **E-mail:**  lidiya.ushakova@list.ru**Тел.:** 488-100**ИНН** 5504117695**КПП** 55040101**ОГРН** 1115543045111**Свидетельство ОГРН:** серия 55 № 003 612643**Зарегистрировано:** 21.12.2011 года в ИФНС№2 по ЦАО г.Омска**р/с** 4070 2810 3232 1000 0771Филиал «Новосибирский» АО «Альфа-банк»г.Новосибирск**БИК** 045004774**К/с** 3010 1810 6000 0000 0774 | Пациент:Адрес:Паспорт: серия номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан:Дата выдачи: |

**9. Подписи сторон**

 **«Исполнитель» « Пациент»**

 ООО «Доброе Дело»

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Л.Н. Ушакова)  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**