**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_/20**

**на оказание платных медицинских услуг**

**г. Саранск**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2020 г.**

Общество с ограниченной ответственностью «Бригантия», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Ермишевой Ольги Михайловны, действующей на основании Устава и лицензии № ЛО-13-01-000686, выданной Министерством здравоохранения Республики Мордовия 28 декабря 2015 года и дающей право на оказание следующих медицинских услуг:

- при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:  медицинскому массажу, неотложной медицинской помощи, организации сестринского дела, сестринскому делу, функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях: по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии;

- при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, с одной стороны,

 и пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_, фактически проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, а при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

\* В случае, если пациентом является физическое лицо, в возрасте от 14 до 18 лет, или физическое лицо, ограниченное судом в дееспособности, раздел заполняется в следующей редакции:

и пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, фактически проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, заключающий настоящий договор с согласия своего законного представителя (родителя, усыновителя, попечителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.Исполнитель обязуется оказать   Заказчику платные медицинские услуги следующего характера (нужное подчеркнуть): консультация врача-специалиста, лабораторное обследование, инструментальное обследование, проведение лечебно-реабилитационных процедур, а Заказчик обязуется принять и оплатить полученные медицинские услуги, в порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором.

2. Подробный перечень оказанных Заказчику  медицинских услуг согласно действующему на момент оказания услуг прейскуранту указывается в акте приема-передачи медицинских услуг, являющемуся неотъемлемой частью настоящего договора.

3. 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 Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

5. Настоящим договором Заказчик подтверждает свое согласие на сбор, обработку, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение его персональных данных (фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания и регистрации, контактный телефон, месть работы, данные о состоянии  здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях). В процессе оказания медицинских услуг Заказчик предоставляет медицинским работникам Исполнителя право передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя в целях обследования и лечения пациента.

6. Исполнитель и его уполномоченные представители обязуются  не разглашать полученные персональные данные Заказчика третьим лицам, однако указанные персональные данные Заказчика могут быть  предоставлены в целях  защиты жизни, здоровья (подачи экстренного извещения в Центр гигиены и эпидемиологии), прав и свобод человека и гражданина, собственности, обеспечения безопасности общества и государства, по запросам органов, осуществляющих оперативно-розыскную деятельность, дознание, предварительное следствие в рамках расследования уголовного дела, а также по запросу суда.

7. Настоящим договором Заказчик обязуется являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом, согласно   графику работы специалистов. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для оказания медицинской услуги, Исполнитель по согласованию с Заказчиком   вправе назначить другого врача или перенести время приема.

8. Заказчик обязуется оплатить получаемую услугу, в том числе дополнительные медицинские услуги, согласно действующему на момент оказания медицинских услуг прейскуранту, размещенному на информационном стенде и/или сайте Исполнителя.

Окончательная стоимость медицинских услуг устанавливается в акте приема-передачи медицинских услуг.

9. Услуги Исполнителя по настоящему Договору могут быть оплачены безналичным расчетом путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя, указанный в настоящем договоре, или наличными денежными средства путем   внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

10. Услуги Исполнителя могут быть оплачены единовременно в полном объеме в момент заключения настоящего договора (предварительная оплата) или после оказания услуг в момент подписания акта приема-передачи медицинских услуг (пост оплата).

11. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

12. Период (дата и время) оказания медицинской услуги устанавливается в акте приема-передачи медицинских услуг.

13. Настоящий договор вступает в силу после его подписания обеими Сторонами и действует в течение одного календарного года, а в части исполнения финансовых обязательств –до полного их исполнения. Если не одна из Сторон не заявила за 30 (тридцать) календарных дней до окончания срока действия о расторжении договора, договор считается пролонгированным на следующий календарный год.

14. Любые изменения, дополнения и приложения к настоящему Договору совершаются Сторонами в письменной форме и подписываются обеими Сторонами.

15. В случае несвоевременной оплаты Заказчиком стоимости услуг, а также в случае появления Заказчика с признаками употребления алкоголя, наркотических и психотропных веществ Исполнитель   имеет право отказать Заказчику в оказании медицинских услуг.

16. Расторжение настоящего договора возможно:

- по обоюдному соглашению Сторон в письменной форме;

- в случае одностороннего отказа Заказчика после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

17. Исполнитель обязуется предоставить Заказчику платные медицинские услуги, качество которых будет соответствовать требованиям, установленным действующим законодательством Российской Федерации и предъявляемым к услугам соответствующего вида.

18. Исполнитель обязуется предоставить Заказчику 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 платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

19. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, при наличии своей вины.

20. Любая из Сторон освобождается от ответственности за нарушение настоящего Договора в случае, если оно было вызвано наступлением для данной Стороны обстоятельств непреодолимой силы, которые она не могла предвидеть или предотвратить, а именно: радиоактивное, химическое или биологическое заражение; военные действия, маневры или иные военные мероприятия; гражданская война, народные волнения, массовые беспорядки, забастовки; стихийные бедствия: пожары, наводнения, землетрясения, удары молнии; теракты; противоправные действия третьих лиц; принятие государственными органами актов запретительного или ограничительного характера, которые не позволяют Стороне исполнить свои обязательства по договору. О факте наступления обстоятельств непреодолимой силы Сторона в течение 48 (сорока восьми) часов обязуется уведомить другую Сторону.

21. В случае возникновения споров по настоящему договору, Стороны обязуются принять все меры к их разрешению  путем переговоров. В случае  невозможности  их разрешения путем переговоров они будут рассмотрены в соответствии с порядком, установленным действующим законодательством РФ, в том числе в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями  платных медицинских услуг».

22. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

23. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильного воспроизведения подписи, при наличии печати ООО «Бригантия». Стороны соглашаются с тем, что настоящий договор, подписанный с помощью факсимильного воспроизведения подписи  и содержащий оттиск печати  Стороны на каждом факсимильном воспроизведении  подписи, считается заключенным в надлежащей форме.

24. Настоящий Договор подписан уполномоченными представителями Сторон в 2 (двух) подлинных экземплярах. Оба экземпляра имеют равную подлинность, правомочность и юридическую силу.

    ИСПОЛНИТЕЛЬ:                                                                                                                                                                  ЗАКАЗЧИК:

ООО «Бригантия»  Юридический                                                                                                                                                     (ФИО полностью)

(фактический) адрес:   430009,                                                                                                                           паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Республика Мордовия, г. Саранск,                                                                                                                     № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проспект 70 лет Октября, дом 70                                                                                                                      выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

помещение 5                                                                                                                                                         \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Телефон: 8(8342) 34-22-34                                                                                                                                  код подразделения\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_,

E-mail: mc-brigantia@mail.ru                                                                                                                              зарегистрированной по адресу: \_\_\_

ИНН  1326231608                                                                                                                                                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КПП 132801001                                                                                                                                                              (адрес прописки по паспорту)

ОГРН 1151326001530                                                                                                                                            телефон: дом.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Расчетный счет: 40702810039000001368 в                                                                                                          моб.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Мордовском отделении № 8589 Сбербанка

России г. Саранск,

к/с 30101810100000000615,

БИК 048952615

Генеральный директор                                                                                                                (ФИО Заказчика)                 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.М. Ермишева                                                                                                                                                         (подпись)

  М.П.

​

Врач/врачи, оказывающий/ие медицинские услуги:

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

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

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

 (ФИО врача и подпись)