**ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г. Гатчина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ООО «Северо-Западный Медицинский Центр +», ОГРН 11347105000726, свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 47 №003120287 выдано межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №7 по Ленинградской области, 19.02.2013; имеющее лицензию на медицинскую деятельность № ЛО – 47 – 01 – 001769 от 24.11.2017г., выданную Комитетом по здравоохранению Ленинградской области (адрес лицензирующего органа: 191124, Санкт-Петербург, Лафонская, д.6, лит. А, тел. (812) 611-45-68), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Криворучко О.Б.., действующего на основании Устава, с одной стороны и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р., именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

Перечень услуг Исполнителя, подлежащих оказанию по Договору, устанавливается на основании прайс-листа Исполнителя, действующего на момент оформления Сторонами

1.1.  Исполнитель на основании обращения Потребителя обязуется оказать ему медицинские услуги по своему профилю деятельности ,предполагающие, в том числе осуществление медицинских вмешательств, согласно перечню оказываемых услуг (Приложение 1), подписываемыми Сторонами в период действия Договора (далее - перечень), условиям и требованиям, предусмотренным Договором и приложениями к нему, в соответствии с правилами предоставления платных медицинских услуг населению и порядками, стандартами оказания медицинской помощи, установленными законодательством Российской Федерации (далее - РФ).

перечня платных услуг, с которым Заказчик может ознакомиться в регистратуре Исполнителя или на сайте в сети Интернет.

Перечни оказываемых платных медицинских услуг, подписанные Сторонами в период действия Договора, являются неотъемлемой частью Договора.

1.2. Исполнитель осуществляет оказание предусмотренных Договором услуг в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности (№ ЛО – 47 – 01 – 001769 от 24.11.2017 г., выданная Комитетом по здравоохранению Ленинградской области), на осуществление следующих работ (услуг), выполняемых в составе лицензируемого вида деятельности: : при оказании первичной, в том числе доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии; вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинскому массажу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: колопроктологии; акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; дерматовенерологии; детской, урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; неврологии; онкологии; ортодонтии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; рефлексотерапии; стоматологии детской; стоматологии обшей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи и условиях дневного стационара по: кардиологии: неврологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований копаний и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); медицинским осмотрам (предсменных, послесменных); медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: психиатрическому освидетельствованию; медицинскому освидетельствованию на наличие противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профпригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. Исполнитель осуществляет оказание услуг Заказчику и выдаёт подготовленную в рамках Договора необходимую медицинскую документацию в сроки и порядке, установленные в перечне к настоящему договору (Приложении №1). Исполнитель вправе направить лицу, указанному в договоре и перечне, уведомление о готовности медицинской документации на электронную почту , в виде СМС сообщения, иной объективной форме по абонентскому номеру указанному в договоре.

**2. Общие положения**

2.1. Договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

2.2. Порядок и условия предоставления Исполнителем услуг по Договору (в том числе, в применимых случаях, порядок и условия осуществления медицинского вмешательства), а также прайс-лист Исполнителя размещаются Исполнителем на сайте, а также в медицинском офисе Исполнителя. Подписанием Договора Заказчик подтверждает ознакомление и свое согласие с порядком и условиями предоставления услуг.

2.3. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий Договора Заказчиком, является подписание информированного согласия Заказчика (Пациента) ,с доведёнными Исполнителем до сведения Заказчика (Пациента) условиями осуществления медицинского вмешательства, в том числе с привлечением Исполнителем третьих лиц, а также подписание согласия на обработку персональных данных**\***.

**3. Права и обязанности Сторон**

3.1. **Заказчик**:

3.1.1. Вправе на основании прайс-листа Исполнителя, действующего на момент оформления перечня, определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Вправе получать консультации по технологии оказания медицинских услуг, а также интерпретации результатов исследований, проведенных Исполнителем.

3.1.3. Вправе требовать от Исполнителя надлежащего оказания услуг.

3.1.4. Вправе после заключения Договора (с письменного согласия Пациента, если таковой указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) отказаться от Договора, путём направления Исполнителю письменного уведомления по адресу, указанному в Договоре, при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.1.5. Обязуется своевременно и полностью оплатить услуги Исполнителя,

3.1.6. Обязуется оказывать Исполнителю содействие в исполнении Договора (выполнять предоставленные Исполнителем указания (условия, порядок предоставления услуг), необходимые для качественного оказания услуг Исполнителем). Заказчик понимает, что неисполнение указаний Исполнителя может повлечь невозможность оказания услуг. В случае если Исполнитель не смог предоставить услуги в силу неисполнения Заказчиком (Пациентом) указаний Исполнителя, Заказчик обязуется оплатить Исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с оказанием услуг по Договору.

3.1.7. До оказания услуг обязуется в объёме, необходимом для предоставления таких услуг и предусмотренном указаниями Исполнителя, сообщать Исполнителю достоверную информацию о состоянии здоровья Заказчика (Пациента), а также соблюдении указаний Исполнителя.

3.1.8. Заказчик (Пациент) подтверждает и гарантирует, что указанные им при заключении Договора абонентские номера и/или адреса электронной почты (e-mail), принадлежат ему, и соглашается с тем, что он самостоятельно несет риск любых негативных последствий при указании недостоверных (неточных) сведений. Заказчик (Пациент) понимает и соглашается с тем, что передаваемая посредством электронной почты (e-mail) информация направляется ему с использованием открытых (незащищенных) каналов связи.

3.2. **Исполнитель:**

3.2.1. Обязуется качественно и в установленные сроки оказать услуги Заказчику.

3.2.2. Обязуется оказать услуги Заказчику в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим и иным требованиям, установленным законодательством РФ.

3.2.3. Обязуется выдать по личному заявлению Заказчика (Пациента) необходимую медицинскую документацию , касающуюся предмета настоящего договора.

3.2.4. Вправе в случае необходимости привлекать Соисполнителей для оказания услуг Заказчику.

3.2.5. Вправе изменить состав, порядок и условия оказания услуг путем внесения изменений в прайс-лист, за исключением состава, порядка и условий предоставления услуг, согласованных Сторонами в перечне к Договору.

3.2.6. Вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора, уведомив об этом Заказчика и потребовать оплаты Заказчиком фактически оказанных Исполнителем к моменту прекращения Договора услуг, в случае, если оказание Исполнителем услуг, согласованных Сторонами в сметах (перечне), может вызвать неблагоприятные последствия для Заказчика (Пациента).

3.2.7. Вправе получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.2.8. Вправе в случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации .

3.2.9. Имеет право отказать в предоставлении медицинских услуг Потребителю в случае: имеющихся медицинских противопоказаний; нахождения в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала учреждения Исполнителя и других лиц; требуемые Потребителем услуги не входят в предмет договора; если Потребитель не явился в назначенное время и место для получения услуги; несоблюдения и невыполнения Потребителем рекомендаций и правил подготовки к оказанию услуги; в случае неполучения от Потребителя добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство в установленном законодательством Российской Федерации порядке; в случае непредоставления документов подтверждающих личность Потребителя (паспорт), необходимых для заполнения медицинских документов; (ПРИКАЗ от 15 декабря 2014 г. N 834н МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ) (ПОСТАНОВЛЕНИЕ 4.8. от 4 октября 2012 г. N 1006 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ).

 Исполнитель, как медицинская организация, обязана заводить на каждого обратившегося за медицинской помощью медицинскую карту. В соответствии с п.11.1 Приложения №2 к Приказу М3\_ РФ №834н медицинская карта заполняется на основании сведений, содержащихся в паспорте гражданина .

**4. Порядок расчетов**

4.1. Стоимость подлежащих оплате Заказчиком услуг Исполнителя определяется на основании прайс-листа Исполнителя, действующего на момент предоплаты Заказчиком стоимости услуг Исполнителя, указывается в перечне, в кассовом чеке или бланке строгой отчётности, выдаваемом Исполнителем Заказчику по факту предоплаты стоимости предусмотренных Договором услуг и не облагается НДС в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 Налогового кодекса РФ.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителя до начала их оказания наличными денежными средствами или с использованием платёжных банковских карт.

4.3. Услуги по Договору могут быть оплачены третьим лицом за Заказчика, если обязательство по оплате услуг по Договору возложено Заказчиком на указанное третье лицо. В случае оплаты услуг третьим лицом кассовый чек или бланк строгой отчётности Заказчику не выдается.

**5. Прочие условия**

5.1. За частичное или полное неисполнение Договора Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (Пациента) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Все споры между Сторонами решаются путем переговоров. В случае недостижения соглашения рассмотрение спора передается Сторонами в суд в порядке, установленном законодательством РФ.

5.3. Подписанием Договора

Заказчик (Пациент соглашается получать распространяемые Исполнителем материалы ,представленные, в том числе в виде СМС- /e-mail-сообщений, иной объективной форме, в случае указания таковых при заключении Договора с Исполнителем .

**6. Заключительные положения**

6.1. Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика (читать: «Заказчика и пациента», если Пациент указан в Договоре) и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.

6.2. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено законодательством РФ. Соглашение об изменении или о расторжении Договора совершается в той же форме, что и Договор.

6.3. В случае, если Пациент указан в Договоре и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией) и приобретшим дееспособность в полном объеме, и сметой прямо предусмотрено право Заказчика / лечащего врача на получение результатов исследований, проведённых Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, подписанием перечня Пациент подтверждает, что ему известно понятие «врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании.

**\*ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА СБОР, ХРАНЕНИЕ, ОБРАБОТКУ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

 Я, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**Выражаю согласие на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, паспортные данные, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, месте оказания помощи, в целях определения пригодности по состоянию психического здоровья к осуществлению отдельных видов деятельности, а также работе в условиях повышенной опасности, оказания медицинских и социальных услуг. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор схематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и учетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с использованием машинных носителей и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

Даю согласие о передаче моих персональных данных о прохождении профилактического медицинского осмотра и состоянии моего здоровья работодателю по указанной в договоре с организацией электронной почте или\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Проводить открытую видеосъемку в целях обеспечения прав пациентов при оказании медицинских услуг, путем установления видеокамер, направленных на места общего пользования, рабочие места медицинских работников с целью безопасности и осуществления контроля качества медицинских услуг.

Настоящее согласие действует с момента подписания данного документа бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. Мое согласие является конкретным, информированным и сознательным.

**7. ПОДПИСИ СТОРОН.**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ООО «Северо-Западный Медицинский Центр +»Юридический и Фактический адрес:188304, Ленинградская область,г. Гатчина, ул. Карла Маркса, д. 9ИНН 4705060479 КПП 470501001ОГРН 1134705000726Р/сч 40702810310630004245в банке Филиал №7806 ВТБ 24 (ЗАО)К/сч 30101810300000000811БИК 044030811 ОКАТО 41420000000Лицензия № ЛО – 47 – 01 – 001769 от 24.11.2017г.Генеральный директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Криворучко О.Б.ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ИСПОЛНИТЕЛЯ: Администратор-кассир \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Пациент (Заказчик):Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ПОДПИСЬ (ЗАКАЗЧИК):\_\_\_\_\_\_\_\_✓ |