

До заключения настоящего договора, я информирован(а) о необходимости соблюдения рекомендаций врача, в том числе о том, что несоблюдение рекомендаций врача, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья и эстетическом результате медицинских услуг.

ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг

г. Краснодар

« ____ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Эллада», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующий на основании лицензии № **ЛО-23-01-012942** от «23» ноября 2018 г. (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: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической), выданной Министерством Здравоохранения Краснодарского края, расположенного по адресу: г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276, тел. 8 (861)992-53-03, в лице генерального директора Гетманского Евгения Александровича действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин _____ именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, сертифицированных и разрешенных лицензией.

1.2 Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «Эллада» в соответствии с ППРФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и ФЗ N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату. Пациент информирован о возможности и сроках ожидания получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.2. Лечащий врач Исполнителя, назначаемый по выбору пациента, в соответствии с медицинскими возможностями и желанием Пациента, после предварительного собеседования и осмотра Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты медицинских услуг, последствия медицинских услуг и предполагаемые результаты, степень риска медицинских услуг и возможные осложнения, информирует об этом пациента, в том числе информирует о необходимости соблюдения рекомендаций и лечебно-охранительного режима, получает его Информированное добровольное согласие (Приложение к настоящему договору) и согласовывает с Пациентом План лечения (Приложение к настоящему договору).

2.3. После предоставления Пациенту информации, указанной в п. 2.2. настоящего договора, и после получения письменного Информированного добровольного согласия, стороны заключают настоящий Договор, затем Пациенту проводится комплекс диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии в Планом лечения.

2.4 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением сторонами обязательств по договору.

2.5. Срок оказания Услуг зависит от состояния здоровья Пациента, графика работы врача и согласовывается с пациентом в Плане лечения.

2.6. Перечень и стоимость оказываемых медицинских услуг согласовываются с пациентом в Плане лечения.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать медицинские услуги в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями и желаниями Пациента.

3.1.2. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и медицинских услуг, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.3. Ознакомить Пациента с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах в соответствии со ст. 19-23 Федерального закона N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", планом и стоимостью медицинских услуг. При изменении плана и стоимости медицинских услуг проинформировать Пациента и предоставить дополнительные услуги с его согласия.

3.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: выполнять назначения лечащего врача; сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режимы гигиены, питания и ухода за кожей после проведения процедуры.

3.2.2. Явиться на прием к врачу за 10 мин. до назначенного времени.

3.2.4. Во время наблюдения и оказания медицинских услуг не использовать лекарственные препараты, косметические средства и процедуры, назначенные специалистами других организаций или самостоятельно, без уведомления лечащего врача Исполнителя.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими манипуляциями, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию к Исполнителю.

3.2.6. При отказе от продолжения оказания медицинских услуг у Исполнителя, Пациент обязан письменно уведомить об этом и расторгнуть договор, предварительно оплатив фактически понесенные затраты исполнителя.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость медицинских услуг с согласия пациента.

3.3.2. Направлять Пациента в медицинские учреждения или привлекать для консультаций специалистов из них для проведения дополнительных методов исследования, которые осуществляются за отдельную плату.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Требовать информацию о результатах проводимых медицинских услуг, своем состоянии здоровья, действиях лекарственных препаратов и их побочных проявлениях.

3.4.2. Получать копии медицинской документации по письменному заявлению.

3.4.3. Отказаться от услуг Исполнителя при условии полной оплаты фактически выполненных последним услуг.

4. Порядок оплаты

4.1 Пациент производит оплату медицинских услуг кассиру-регистратору, который выдает кассовый чек на руки Пациенту в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. Порядок разрешения споров

6.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Администрацией Исполнителя. При не достижении согласия сторон, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Содержание, сроки и объем медицинских услуг согласовываются сторонами и отражаются в Медицинской карте, Плана лечения и Акте выполненных услуг.

8. Срок действия договора

8.1 Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и заканчивается по выполнению сторонами обязательств по договору.

9. Реквизиты сторон

Исполнитель:

ООО «Эллада»
Адрес: г. Краснодар, ул. им. Думенко, д.21, лит. К, пом.35, 37, 38, 39, 41
Телефон: +7(861)245-99-05, +7(928)232-32-42
ИНН 2308248336
ОГРН 1172375070834
р/с 40702810010000187896
БИК 044525974
к/с 30101810145250000974
От Исполнителя _____ / _____ /

Пациент:

ФИО: _____
паспорт: _____
выдан: _____, _____ г.
адрес прописки: _____

телефон: _____
От Пациента _____ / _____ /