До заключения Договора я уведомлен о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В доступной форме мне предоставлена информация о возможности 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Ф.И.О.

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Омск                                                            «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клинико-диагностический центр «Ультрамед» (ООО «КДЦ «Ультрамед»), именуемое в дальнейшем Исполнитель (лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-55-01-002369, выданная 19.07.2018 г. Министерством здравоохранения Омской области, адрес: г Омск, ул. Красный путь, д. 6, тел. 7-3812-258419), в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Исполнитель на основании обращения Потребителя (Заказчика) обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги, определяемые Потребителем (Заказчиком) в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг (далее - Прейскурант) Исполнителя, действующим на момент оплаты медицинских услуг, а Потребитель обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

1.1. Наименование, вид медицинской услуги, сведения о лице, непосредственно ее оказывающем, стоимость, срок ее оказания и иные необходимые сведения указываются в направлении (приложении), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Факт оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинской услуги подтверждает его согласие со стоимостью, сроком ее оказания и иными условиями, указанными в направлении (приложении).

1.2. Оказание услуг осуществляется по месту нахождения Исполнителя, указанному в приложении:

- бударина - по адресу: 644043, г. Омск, ул. Бударина, д. 1, ул. Ленина, д.19

- валиханова - по адресу: 644010, г. Омск, ул. Чокана Валиханова, д.2

- при указании только номера кабинета - по адресу: 644024, г. Омск, ул. Красных зорь угол ул. Чкалова, д. 19/12

**2. Исполнитель обязуется:**

2.1. Своевременно и качественно оказывать медицинские услуги по настоящему Договору, предоставляя Потребителю (Заказчику) квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с имеющейся у Исполнителя лицензией, сертификатами, порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, иным законодательством о здравоохранении в Российской Федерации.

2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.3. Представлять Потребителю (Заказчику) материалы и заключения о ходе оказания услуг в виде Протокола.

**3. Исполнитель имеет право:**

3.1. Получать от Потребителя (Заказчика) любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем (Заказчиком)информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

3.2. Требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения правил оказания медицинских услуг.

**4. Потребитель(Заказчик) обязуется:**

4.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителя, Правила внутреннего распорядка для потребителей услуг в ООО «КДЦ «Ультрамед», с которыми ознакомлен.

4.2. Предоставлять Исполнителю достоверную полную информацию и все имеющиеся медицинские документы о состоянии своего здоровья.

4.3. В полном объеме и в сроки, установленные настоящим Договором, производить оплату медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором.

**5. Потребитель (Заказчик) имеет право:**

5.1. В доступной для Потребителя (Заказчика) форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования (результаты анализов), наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.2. В любое время расторгнуть настоящий Договор, уплатив Исполнителю стоимость фактически оказанной медицинской услуги и возместив Исполнителю расходы, фактически понесенные последним, связанные с исполнением обязательств по договору, до получения уведомления Потребителя (Заказчика) об отказе от Договора.

6. Исполнитель имеет право перенести дату и время оказания медицинских услуг в случаях: неисправности медицинской и/или иной аппаратуры, действий третьих лиц, увеличения времени оказания услуги предыдущему Потребителю (Заказчику) по медицинским или жизненным показаниям, в иных случаях, когда персонал, оказывающий медицинские услуги, по независящим от него причинам, не в состоянии прибыть к месту оказания медицинских услуг в согласованное с Потребителем (заказчиком) время.

6.1. Настоящий Договор прекращается до выполнения Исполнителем своих обязательств при отсутствии у Исполнителя объективной возможности оказать медицинскую услугу, в том числе в связи с:

- обнаружением Исполнителем (медицинским работником Исполнителя) противопоказаний у Потребителя для оказания медицинской услуги, которые на момент заключения Договора были Исполнителю неизвестны и стали таковыми в процессе обследования и лечения; ухудшением состояния здоровья Потребителя (Заказчика), не позволяющим продолжать начатое лечение;

- отсутствием или непригодностью медицинского оборудования Исполнителя для оказания соответствующей медицинской услуги.

6.2. В случае расторжения/прекращения настоящего Договора по основаниям, предусмотренным пунктом 6.1 настоящего Договора, возврат стоимости оплаченных Потребителем (Заказчиком), но не оказанных медицинских услуг, осуществляется Исполнителем Потребителю (Заказчику) на основании его письменного заявления за вычетом суммы фактически понесенных Исполнителем расходов.

6.3. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

7. Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить медицинские услуги до их оказания путем внесения 100% предоплаты наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо по безналичному расчету, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

7.1. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

7.2. В случае неоказания, установленного оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю (Заказчику) денежные средства в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предъявления требования Потребителя (Заказчика).

8. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем (Заказчиком) в соответствии с законодательством РФ за нарушение прав в сфере охраны здоровья, за объем и качество предоставляемых медицинских услуг, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к оказанию медицинских услуг, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя (Заказчика).

8.1. Потребитель (Заказчик)единолично несет ответственность за вред, нанесенный своими действиями себе лично, личности или имуществу граждан, юридических лиц или государству, в рамках законодательства РФ, возмещает вред, причиненный имуществу Исполнителя.

8.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также оказание медицинских услуг в неполном объеме, в случаях нарушения Потребителем (Заказчиком) обязательств, предусмотренных пунктом 5.2. настоящего Договора.

8.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязательств по Договору, если неисполнение или частичное неисполнение будут являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, находящихся вне контроля Сторон, препятствующих выполнению настоящего Договора, возникших после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

9. Договор заключается сроком на один год и вступает в силу с даты его подписания обеими Сторонами. Если за месяц до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не заявит письменно о своем желании расторгнуть его и после истечения срока его действия оказание Исполнителем услуг и их оплата Потребителем (Заказчиком) продолжатся, Договор считается пролонгированным на неопределенный срок на тех же условиях.

10. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение до окончания срока действия считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

10.1. Договор может быть расторгнут любой из Сторон путем направления одной Стороны другой Стороне письменного извещения об этом.

10.2. При расторжении Договора по инициативе Потребителя (Заказчика), Договор считается расторгнутым с момента получения Исполнителем письменного извещения. С этого момента оказание Исполнителем медицинских услуг Потребителю (Заказчику) прекращается.

11. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, решаются принятием Сторонами мер по их урегулированию в досудебном претензионном порядке путем переговоров. Ответ на письменную претензию представляется одной Стороной другой Стороне в течение 10 (десяти) рабочих дней после ее получения.

11.1. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

12. Подписанием настоящего Договора Потребитель (Заказчик) разрешает Исполнителю использовать медицинскую документацию Потребителя (Заказчика) для ведения истории болезни в электронном виде с использованием информационной системы Исполнителя.

13. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**10. АДРЕС, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель: ООО "КДЦ "Ультрамед"**  Адрес: Российская Федерация, 644024, г. Омск, ул. Красных зорь угол ул. Чкалова, д. 19/12  т. 511-001.  ОГРН 1075504005323  (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 55 № 003711701 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 12 по Омской области 29.11.2012 г.)  ИНН 5504128136  КПП 550401001  Р/с № 40702810900000002790 Банк: АО «ИТ БАНК»  г.Омск К/с № 30101810900000000731  БИК 045279731  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель (Заказчик):**  **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи:  Код подразделения:  Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон:  Я согласен(на) получать новости ООО «КДЦ Ультрамед» по электронной почте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а также по смс тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .  Потребитель (Заказчик) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |