

**Договор оказания платных медицинских услуг**

г. Красноярск «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Шарм» в лице директора Логачевой Маргариты Николаевны, именуемое в дальнейшем ИСПОЛНИТЕЛЬ, действующего на основании Устава, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый (ая) в дальнейшем ПОТРЕБИТЕЛЬ, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказывать ПОТРЕБИТЕЛЮ на возмездной основе медицинские услуги, в соответствии с имеющейся у ИСПОЛНИТЕЛЯ лицензией, а ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования ИСПОЛНИТЕЛЯ, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

2. Стоимость услуг и порядок их оплаты.

2.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется в соответствии с Прейскурантом ИСПОЛНИТЕЛЯ, действующим на момент оплаты.

2.2. Оплата медицинских услуг производится ПОТРЕБИТЕЛЕМ на условиях 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу ИСПОЛНИТЕЛЯ. или по безналичному расчету по терминалу ИСПОЛНИТЕЛЯ.

с помощью банковской карты.

3. Сроки оказания услуг.

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

 4. Права и обязанности сторон.

4.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:

4.1.1. не приступать к оказанию услуг, в случае неоплаты (несвоевременной) оплаты ПОТРЕБИТЕЛЕМ услуг;

4.1.2. расторгнуть настоящий договор и отказаться от дальнейшего оказания услуг в случае отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ от медицинского вмешательства, нарушения предписаний и рекомендаций врача;

4.1.3. в случае возникновения неотложных состояний ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право самостоятельно определять объем оперативных вмешательств, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим договором.

4.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:

4.2.1. своевременно и качественно оказать медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора и согласованным планом лечения;

4.2.2. при оказании медицинских услуг использовать методы диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства и дезинфекционные средства, разрешенные к применению российским законодательством;

4.2.3. обеспечить выполнение принятых на себя по настоящему договору обязательств силами собственных специалистов;

4.2.4. вести учет видов, объемов и стоимости оказываемых ПОТРЕБИТЕЛЮ медицинских услуг;

4.2.5. информировать ПОТРЕБИТЕЛЯ о возможных осложнениях и рисках.

4.3. ПОТРЕБИТЕЛЬ имеет право:

4.3.1. получать квалифицированные медицинские услуги;

4.3.2. в любой момент отказаться от получения медицинских услуг при условии предоставления ИСПОЛНИТЕЛЮ письменного отказа от медицинского вмешательства;

4.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах и условиях оказания медицинской услуги, связанном с ней риском, возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов услуг, а также о предполагаемых результатах оказания услуги. Информированное добровольное согласие ПОТРЕБИТЕЛЯ на медицинское вмешательство, полученное в письменной форме, является необходимым и предварительным условием медицинского вмешательства и означает получение всей необходимой для принятия решения информации.

4.3.4.предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.

4.4. ПОТРЕБИТЕЛЬ обязуется:

4.4.1. своевременно и в полном объеме оплачивать медицинские услуги;

4.4.2. выполнять все указания лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать рекомендации врачей, аккуратно посещать контрольные осмотры, выполнять все назначения медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4.4.3. являться на прием к врачу по времени, указанному медицинским персоналом ИСПОЛНИТЕЛЯ.

4.4.4. до начала оказания медицинской услуги предоставить ИСПОЛНИТЕЛЮ необходимую и достоверную информацию о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

5. Ответственность сторон.

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, в случае причинения вреда здоровью или жизни ПОТРЕБИТЕЛЯ, ИСПОЛНИТЕЛЬ несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации, в том числе Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ не несет ответственности за вред, причиненный здоровью ПОТРЕБИТЕЛЯ, возникший в результате:

5.2.1. неявки или несвоевременной явки ПОТРЕБИТЕЛЯ на прием или контрольный осмотр;

5.2.2. невыполнения ПОТРЕБИТЕЛЕМ плана лечения, отказа ПОТРЕБИТЕЛЯ от продолжения лечения в соответствии с согласованным планом, самостоятельного прекращения лечения ПОТРЕБИТЕЛЕМ

5.2.4. несообщения или сообщения недостоверных сведений ПОТРЕБИТЕЛЕМ о состоянии своего здоровья.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор может быть изменен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

6.2.1. по соглашению сторон договора;

6.2.2. в одностороннем порядке ПОТРЕБИТЕЛЕМ в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору;

6.2.3. в одностороннем порядке ИСПОЛНИТЕЛЕМ в случае нарушения ПОТРЕБИТЕЛЕМ принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения ИСПОЛНИТЕЛЕМ обязательств по настоящему договору, возникшей по вине ПОТРЕБИТЕЛЯ, при этом ПОТРЕБИТЕЛЬ оплачивает ИСПОЛНИТЕЛЮ фактически понесенные ИСПОЛНИТЕЛЕМ расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Порядок разрешения споров.

7.1. Если сторонами согласие не достигнуто в ходе переговоров, споры и разногласия разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

 Реквизиты ИСПОЛНИТЕЛЯ:

**ООО «Медицинский центр «Шарм»**

**ИНН/КПП 2465003978/246501001**

**ОГРН 1022402491726,**

**ОКПО 21842387,**

**Юр.адрес : 660133,г. Красноярск,пр. Металлургов,51К пом.4,**

**Почтовый адрес: 660017,г. Красноярск,ул. Дубровинского,д106,я**

**Медицинский центр «Шарм» тел.8(391)212-06-08,2050605**

**Наименование Банка: Сибирский филиал АО «Банк Интеза»**

**Кор.счет30101810050030000883**

**БИК 045004883**

**ИНН 7708022300**

**КПП 540643001**

**Р. счет 40702810860090003702**

**Лицензия № 24-01-000429 от 06 декабря 2007 выдана Министерством Здравоохранения Красноярского края бессрочно.Виды работ (услуг), выполняемых в составе лицензируемого вида деятельности: Работы (услуги) выполняемые: при осуществлении доврачебной медицинской помощи: по медицинскому массажу; сестринскому делу, физиотерапии. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении специализированной медицинской помощи по: дерматовенерологии, косметологии (терапевтической), физиотерапии.**

**Директор ООО м/ц «Шарм»                                                                М.Н.Логачева**

**ПОТРЕБИТЕЛЬ**

**Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_