

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА", ОГРН 1211600049066 от от 9 июля 2021г. выдан МРИ ФНС №18 по РТ, Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01181-16/00663689 от 14.07.2023г. Министерства здравоохранения РТ, в лице главного врача Хизриева С.М., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и

Потребитель:	Иванов Иван Иванович
именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель",	
Заказчик:	Иванов Иван Иванович
именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик",	

с другой стороны, именуемые совместно "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги по наименованию и в объеме согласованному сторонами и указанными в п. 2.1.1. настоящего договора, а Заказчик обязуется их оплатить в порядке и размере, установленными настоящим договором с добровольного согласия Заказчика.

1.2. Заказчик подтверждает, что Исполнитель уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписав настоящий договор, Заказчик добровольно согласился на оказание ему указанных в п.2.1.1 Договора медицинских услуг на платной основе.

1.3. При заключении договора Исполнителем предоставлена Заказчику в доступной форме информация о порядке, времени и месте получения платных медицинских услуг; режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую услугу его квалификации, сертификации; о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения, относящиеся к предмету договора.

1.4. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 здоровья Заказчика.

2. Права и обязанности Сторон

2.1 Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать следующие платные медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации :

Прием (осмотр, консультация) врача-гематолога, хирурга(разных специализаций), дерматовенеролога и др. первичный.

2.1.2. Выдать заключение с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий.

2.1.3. Немедленно известить Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказания медицинских услуг.

2.1.4. В случае возникновения необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. Если в ходе исполнения договора потребуется предоставление Заказчику дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Обеспечить Заказчику ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья.,

2.2 Исполнитель имеет право:

2.2.1. При выявлении у Заказчика противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

2.2.2. Требовать от Заказчика соблюдения: назначенного время прохождения процедур; режима при приеме лекарственных препаратов; назначений, рекомендаций специалистов; лечебно-охранительного режима; правил внутреннего распорядка лечебного учреждения; правил техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3 Потребитель / Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплатить медицинские услуги путем 100 % предоплаты.

2.3.2. Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской клиники, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги употребление любых медицинских препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и пр.

2.4 Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

2.4.2. Получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.5 Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику согласно п.2.1.1 настоящего договора, определяется в соответствии с действующим в учреждении Прейскурантом на оказание платных медицинских услуг и составляет :

00 копеек(. 00 коп.)

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору остается неизменной в течение срока действия настоящего договора.

3.2 В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п.2.1.4 настоящего договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком внесением денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем.

4. Ответственность сторон.

4.1 За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2 Сторона считающая, что её права нарушены должна направить другой стороне претензию, срок рассмотрения которой не должен превышать 14 рабочих дней с момента получения.

4.3 Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье в соответствии с п.2.3.2 настоящего договора, либо вызванных медицинскими показаниями.

5. Срок действия договора и условия прекращения договора

5.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания Сторонами и действует один год.

5.2 Договор может быть досрочно расторгнут: по письменному соглашению Сторон; в одностороннем порядке по инициативе Заказчика, путем подачи им заявления на имя главного врача; в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя при нарушении Заказчиком п.2.2.2 настоящего договора.

5.3 В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:	Потребитель:	Заказчик:
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА"	Иванов Иван Иванович	
Адрес: 420039, Республика Татарстан, г Казань, ул Исаева, д. 18, помещ. 1001	Д.Р.: 01.01.1992 г.	
т/ф: 8(987)2255522; 225-55-22	Паспорт: Паспорт гражданина Российской Федерации	
ИНН: 1658233091	Адрес:	
КПП: 165801001		
Банк: ПАО "АК БАРС БАНК"		
К\С: 30101810000000000805		
Р\С: 40702810000020015166		
БИК: 049205805		
Главный врач: _____	_____	_____
(подпись)	(подпись)	(подпись)

Информированное согласие об объеме и условиях оказываемых медицинских услуг

Я, Иванов Иван Иванович, в рамках договора об оказании платных услуг № 01 от 01.01.2023 желаю получить платные медицинские услуги в ГАОО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА"

1. Я, получив от сотрудников ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА" полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных услуг в ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА" в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи я проинформирован о том, что данная услуга входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и может предоставлена в установленном порядке, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько услуг.
3. Я согласен(а) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА" не несет ответственности за их возникновение.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(а) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА"
5. Мной добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в ООО "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА", и согласен(а) их оплатить

Прием (осмотр, консультация, ультразвуковая диагностика) врача-хирурга(разных специализаций)

6. Я ознакомлен(а) действующим Прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

7. Виды выбранных мной платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу (наличными) ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА" в сумме:

рублей 00 копеек(руб. 00 коп.)

8. Я проинформирован(а) в том, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДОКТОРА ХИЗРИЕВА"

9. Настоящее информированное согласие мной прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю свое согласие на их применение.

Потребитель (заказчик): Иванов Иван Иванович, паспорт: , Паспорт гражданина Российской Федерации Серия:

Подпись: _____ / **Подпись:** _____ /