Договор

на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_

г. Пенза \_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Биокор Клиник», ОГРН 1145836004214, ИНН 5836663306, адрес места нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 12.03.2020 г. № Л041-01166-58/00341850, предоставлена Министерством здравоохранения Пензенской области, расположенным по адресу: 440018, Пензенская область, г. Пенза, ул. Пушкина, д. 163, тел.: [8 (841) 2488101](https://www.google.com/search?q=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9+%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8&sca_esv=572530057&rlz=1C1GCEU_ruRU1004RU1004&ei=7aAmZcSuH4XQwPAP5dquuAs&ved=0ahUKEwiE2cDoiu6BAxUFKBAIHWWtC7cQ4dUDCBA&uact=5&oq=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9+%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiW9C80LjQvdC40YHRgtC10YDRgdGC0LLQviDQt9C00YDQsNCy0L7QvtGF0YDQsNC90LXQvdC40Y8g0L_QtdC90LfQtdC90YHQutC-0Lkg0L7QsdC70LDRgdGC0LgyERAuGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgARIlU9Q3gZY1E1wAngBkAEAmAFqoAGzIKoBBDQ0LjS4AQPIAQD4AQHCAgoQABhHGNYEGLADwgIHEAAYigUYQ8ICCxAAGIAEGLEDGIMBwgILEAAYigUYsQMYgwHCAhEQLhiABBixAxiDARjHARjRA8ICCxAuGIoFGLEDGIMBwgILEC4YgAQYsQMYgwHCAggQABiABBixA8ICChAuGIoFGLEDGEPCAg0QABiKBRixAxiDARhDwgILEC4YgAQYxwEYrwHCAhMQLhgNGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEwgIKEAAYDRiABBixA8ICBxAAGA0YgATiAwQYACBBiAYBkAYI&sclient=gws-wiz-serp), срок действия лицензии: бессрочно, перечень оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, ультразвуковой диагностике, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача рентгенолога Мышляева Ильи Александровича, действующего на основании доверенности № 2 от 09.02.2018 г. выданной сроком на десять лет, с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_, данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый(-ая) «Пациент» в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору/«Заказчик» в случае заключения Договора в интересах третьего лица «Пациента», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги \_\_\_\_\_\_ (далее «Медицинские услуги»), а Пациент/Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
2. Исполнитель оказывает медицинские услуги Пациенту \_\_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_, данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_\_, по адресу фактического нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, пом. 148 в соответствии с режимом работы Исполнителя не позднее одного календарного дня с момента подписания настоящего Договора и информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство при получении платных медицинских услуг.
3. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту определяется «Перечнем платных медицинских услуг» утвержденным Исполнителем, и действующим на день оказания услуг, и составляет \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) рублей.
4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Пациентом/Заказчиком, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре, или наличными денежными средствами в кассу Исполнителя до проведения исследования и получения результатов исследования Пациентом/Заказчиком.
5. При заключении Договора Пациенту/Заказчику предоставлена в доступной форме 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, а также информация (предоставляемая по требованию Пациента/Заказчика) о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

* информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ним рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и обижаемых результатах оказания медицинской помощи;
* о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
* информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации)
* другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

1. Пациент/Заказчик в случае заключения договора в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно недееспособного лица, обязуется выполнять или обеспечивать выполнение всех рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, направленных на обеспечение качества предоставляемых ему медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, препятствующих выполнению настоящего договора.
2. При подготовке к исследованию Исполнитель обязуется предоставить Пациенту/Заказчику полную информацию о предлагаемых ему медицинских услугах, в чем заключается предстоящая услуга и что происходит в процессе ее выполнения, от каких факторов зависит качество предоставляемой услуги и что требуется от Пациента/Заказчика для достижения надлежащего качества оказываемой услуги.
3. При предоставлении медицинских услуг Исполнитель обязуется обеспечить применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий и медицинского оборудования, имеющих соответствующие сертификаты и регистрационные удостоверения. Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
4. Исполнитель имеет право рекомендовать Пациенту/Заказчику характер и объем проводимых исследований.
5. Исполнитель имеет право выдать Пациенту/Заказчику снимки и заключение врача (описание исследования) по окончании исследования в течении 24 часов в часы работы медицинской организации. В случае необходимости проведения врачебного консилиума сроки подготовки заключения (описания исследования) могут быть увеличены Исполнителем в одностороннем порядке на срок не более 4 (четырех) рабочих дней.
6. Исполнитель предоставляет Пациенту/Заказчику по его требованию в доступной для него форме информацию в рамках проведенного Исполнителем исследования: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.
7. Пациент/Заказчик обязуется при оформлении настоящего договора предъявить документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий право на льготу.
8. Пациент/Заказчик обязуется предоставить медицинские документы в том числе снимки и заключения по предыдущим исследованиям, связанные с заболеванием и при необходимости информировать врача устно об истории болезни.
9. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
10. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
11. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.
12. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.
13. При неурегулировании в процессе переговоров споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
14. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.
15. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон.
16. В случае отказа Пациента/Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом стоимость уже оплаченных и оказанных услуг не возвращается в том случае, если она соответствует фактически оказанным услугам. При оказании услуг на сумму большую оплаченной Пациент/Заказчик обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги.
17. При нарушении Пациентом/Заказчиком сроков оплаты, установленных Договором; в случае выявления у Пациента противопоказаний к определенному методу диагностики или проводимых исследований; если Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения; если действия Пациента/Заказчика угрожают жизни и здоровью медицинского персонала либо нарушают общественный порядок Исполнитель вправе в одностороннем внесудебном порядке отказаться от исполнения обязательств по договору и расторгнуть его, уведомив Пациента/Заказчика в устной форме, при этом Пациент/Заказчик возмещает все понесенные Исполнителем расходы.
18. В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из сторон, а также при расторжении настоящего Договора при наличии предоплаты со стороны Пациента/Заказчика, Исполнитель в течение пяти банковских дней со дня обращения к Исполнителю с соответствующим письменным заявлением осуществляет возврат денежных средств за исключением стоимости фактически оказанных услуг.
19. Настоящий договор составлен на русском языке в 3 экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий – у Пациента. В случае если договор заключается Заказчиком и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.
20. Неотъемлемой частью настоящего договора являются: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство при получении платных медицинских услуг, акт об оказании медицинских услуг.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель: ООО «Биокор Клиник»,  адрес места нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3,  адрес осуществления медицинской деятельности: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, пом. 148,  ИНН5836663306 КПП 583601001, ОГРН 1145836004214, Банковские реквизиты: р/с 40702810048000007319 в Пензенском отделении № 8624 ПАО Сбербанк г. Пенза, к/с 30101810000000000635, БИК 045655635,  телефон/факс: 8 (8412) 223200  адрес электронной почты: [info@biokor-clinic.ru](mailto:info@biokor-clinic.ru)  адрес сайта: [biokor-clinic.ru](https://focus.kontur.ru/redirect?url=http%3a%2f%2fbiokor-clinic.ru&mac=l02PmJauzSN8RNwCK1Hl0kPZbHk1) | Пациент/Заказчик: \_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_  данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_  тел.: \_\_\_\_\_\_  адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_ |
| Врач рентгенолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Мышляев | Заказчик/Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |

АКТ

об оказании медицинских услуг

по договору на предоставление платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_

г. Пенза \_\_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Биокор Клиник», ОГРН 1145836004214, ИНН 5836663306, адрес места нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, лицензия на осуществление медицинской деятельности от 12.03.2020 г. № Л041-01166-58/00341850, предоставлена Министерством здравоохранения Пензенской области, расположенным по адресу: 440018, Пензенская область, г. Пенза, ул. Пушкина, д. 163, тел.: [8 (841) 2488101](https://www.google.com/search?q=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9+%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8&sca_esv=572530057&rlz=1C1GCEU_ruRU1004RU1004&ei=7aAmZcSuH4XQwPAP5dquuAs&ved=0ahUKEwiE2cDoiu6BAxUFKBAIHWWtC7cQ4dUDCBA&uact=5&oq=%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE+%D0%B7%D0%B4%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D1%85%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B7%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9+%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcnAiW9C80LjQvdC40YHRgtC10YDRgdGC0LLQviDQt9C00YDQsNCy0L7QvtGF0YDQsNC90LXQvdC40Y8g0L_QtdC90LfQtdC90YHQutC-0Lkg0L7QsdC70LDRgdGC0LgyERAuGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgAQyBRAAGIAEMgUQABiABDIFEAAYgARIlU9Q3gZY1E1wAngBkAEAmAFqoAGzIKoBBDQ0LjS4AQPIAQD4AQHCAgoQABhHGNYEGLADwgIHEAAYigUYQ8ICCxAAGIAEGLEDGIMBwgILEAAYigUYsQMYgwHCAhEQLhiABBixAxiDARjHARjRA8ICCxAuGIoFGLEDGIMBwgILEC4YgAQYsQMYgwHCAggQABiABBixA8ICChAuGIoFGLEDGEPCAg0QABiKBRixAxiDARhDwgILEC4YgAQYxwEYrwHCAhMQLhgNGIMBGK8BGMcBGLEDGIAEwgIKEAAYDRiABBixA8ICBxAAGA0YgATiAwQYACBBiAYBkAYI&sclient=gws-wiz-serp), срок действия лицензии: бессрочно, перечень оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, ультразвуковой диагностике, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врача рентгенолога Мышляева Ильи Александровича, действующего на основании доверенности № 2 от 09.02.2018 г. выданной сроком на десять лет, с одной стороны, и гражданин(-ка) \_\_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_, данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_\_, в дальнейшем именуемый(-ая) «Пациент» в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору/«Заказчик» в случае заключения Договора в интересах третьего лица «Пациента», с другой стороны, в дальнейшем совместно именуемые Стороны, составили настоящий акт по договору возмездного оказания услуг № \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_ (далее – Акт, Договор соответственно) о том, что:

1. В соответствии с Договором Исполнитель оказал, а Пациент/Заказчик принял медицинские услуги по проведению исследования \_\_\_\_\_\_ качественно и в полном объеме. Стоимость услуг составила \_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_) рублей.

2. Снимки и заключение врача (описание исследования) Заказчик/Пациент получил в оговоренные договором сроки. Взаимных претензий у сторон по исполнению договора не имеется. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу по одному для каждой из сторон.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Исполнитель: ООО «Биокор Клиник»,  адрес места нахождения: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3,  адрес осуществления медицинской деятельности: 440026, Пензенская область, г. Пенза, ул. Лермонтова, д. 3, пом. 148,  ИНН5836663306 КПП 583601001, ОГРН 1145836004214, Банковские реквизиты: р/с 40702810048000007319 в Пензенском отделении № 8624 ПАО Сбербанк г. Пенза, к/с 30101810000000000635, БИК 045655635,  телефон/факс: 8 (8412) 223200  адрес электронной почты: [info@biokor-clinic.ru](mailto:info@biokor-clinic.ru)  адрес сайта: [biokor-clinic.ru](https://focus.kontur.ru/redirect?url=http%3a%2f%2fbiokor-clinic.ru&mac=l02PmJauzSN8RNwCK1Hl0kPZbHk1) | Пациент/Заказчик: \_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_  данные документа удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_  тел.: \_\_\_\_\_\_  адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_ | | Врач рентгенолог\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_И.А.Мышляев | Заказчик/Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ | |  |
|  |  |