ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Самара «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик» с одной стороны, и ООО «АГАТ», именуемое дальнейшем «Исполнитель», ОРГН 1176313068293 (выдано ИФНС по Октябрьскому району г. Самары), адрес местонахождения:443011, г. Самара ул. Ново-Садовая 162 «д». Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-63-01-004455 от 08 декабря 2017 года, выдана Министерством Здравоохранения Самарской области, согласно которой Исполнитель осуществляет следующие услуги: 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 : рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, рентгенологии, в лице директора Ведищевой Марианны Николаевны, действующего на основании Устава, с другой стороны, далее по тексту именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Предмет Договора**

* 1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику, а Заказчик обязуется оплатить на условиях Договора, следующие медицинские платные

услуги:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

До заключения настоящего Договора Заказчик подтверждает ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению, а так же получение уведомления Исполнителя о том, что несоблюдение названных порядков, условий и требований, а равно указаний (рекомендаций) Исполнителя (мед. работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемых Исполнителем, в соответствии с настоящим Договором платных медицинских услуг), повлечь за собой невозможность их своевременного завершения или отрицательно сказать на состоянии здоровья.

Заказчик: **Подпись­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г.**

1.2. Перечень подлежащих предоставлению Исполнителе в рамках настоящего Договора услуг, указывается в настоящем Договоре, на основании перечня услуг, установленного прейскурантом, действующим на момент оформления Сторонами Договора, с которым Заказчик может ознакомиться в медицинском центре Исполнителя или на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: [www.mrt-lider.ru](http://www.mrt-lider.ru), действующим на момент заключения Договора.

* 1. Исполнитель осуществляет оказание медицинских услуг Заказчику и выдает подготовленную в рамках настоящего Договора необходимую медицинскую документацию Заказчику/Лечащему врачу (ненужное вычеркнуть) в сроки, оговоренные Сторонами.
1. **Общие положения**

2.1. Настоящий Договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

2.2. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий настоящего Договора Заказчиком, а также информированного согласия Заказчика с условиями осуществления медицинского вмешательства, является подписание Заказчиком настоящего Договора и/или осуществление Заказчиком действий по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя.

1. **Права и обязанности Сторон**

3.1. Заказчик:

3.1.1. Вправе на основании, действующего на момент оформления настоящего Договора, прейскуранта Исполнителя, определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Вправе получать консультации по технологии оказания медицинских услуг, проведенных Исполнителем.

3.1.3. Вправе требовать от Исполнителя надлежащего оказания услуг.

3.1.4. Вправе после заключения Договора отказаться от Договора, путем направления Исполнителю соответствующего письменного уведомления по адресу, указанному в настоящем Договоре, при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.1.5. Имеет право на:

-уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала Исполнителя;

- на получение услуг в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

- сохранение в тайне информации о факте обращения за услугами, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных Исполнителем в ходе предоставления медицинских услуг, в порядке установленном законодательством, определяющим необходимость защиты таких сведений и информации (защита сведений, составляющих врачебную тайну, конфиденциальность персональных данных);

- информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

- отказ от медицинского вмешательства (прекращение медицинского вмешательства);

-получение информации о своих правах и обязанностях и о состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах Заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья;

3.1.6. Заказчик обязан:

**3.1.7. сообщить до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях при МРТ/КТ и иной диагностике с которыми Заказчика знакомит Исполнитель в лице администратора при заполнении Договора и Анкеты. ( Приложение 1).**

3.2. Исполнитель:

3.2.1. Обязуется качественно и в установленные сроки оказывать медицинские услуги

3.2.2. Ознакомить Заказчика и получить Информированное согласие (Приложение №3) к Настоящему Договору от Заказчика на медицинское вмешательство, в случае внутривенного ведения специального медицинского препарата, называемого контрастным веществом или иного медицинского препарата для оказания ему соответствующих медицинских услуг.

3.2.3. Информировать Заказчика о применяемых методах исследования и о возможности осложнений.

3.2.. Вправе в случае неоплаты Заказчиком стоимости услуг на условиях, указанных в разделе 4 настоящего Договора, отказать Заказчику в выдаче результатов исследования до оплаты последним стоимости вышеуказанной услуги.

3.2.5. При проведении МРТ диагностики выдать Заказчику заключение по результатам исследования на бумажном носителе и запись томограммы на рентгенпленке не позднее 24 часов после проведения исследования (заключение по результатам МРТ исследованиям не является диагнозом и должно быть правильно интерпретировано лечащим врачом).

3.2.6. Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям, и в соответствии с требованиями, которые предъявляются к методам диагностики, разрешенным на территории РФ.

3.2.7. Исполнитель обязан обеспечить Заказчика бесплатной, доступной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении учреждения (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.2.8. Исполнитель вправе изменить состав, порядок и условия предоставления услуг путем внесения изменений в прейскурант до оплаты Заказчиком (Потребителем).

**4. Сумма договора и порядок расчетов**

4.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в соответствии с перечнем и стоимостью услуг прейскуранта Исполнителя, действующего на момент заключения Договора, и указывается в контрольно-кассовом чеке, квитанции или ином бланке строгой отчетности (документе установленного образца), выдаваемом Исполнителем Заказчику по факту оплаты последним стоимости предусмотренных настоящим Договором услуг.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителя путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя, либо с использованием платежных банковских карт в день заключения настоящего Договора

4.3. При МРТ диагностике оплата производится Заказчиком после проведения данного исследования до выдачи Исполнителем результатов исследования на руки Заказчику.

4.4. При изменении объема и стоимости услуг по настоящему Договору Стороны заключают Дополнительное соглашение.

4.5. Общая стоимость услуг перечисленных в п. 1.1 настоящего Договора, составляет: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

 **5. Ответственность Сторон**.

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель несет ответственность только за тот результат услуги, которая поручалась ему Заказчиком (в соотв. С п. 1.1. настоящего Договора.

5.3. При подписании настоящего Договора Заказчик соглашается на использование и обработку своих персональных данных (Приложение №2). В случае необходимости получения Заказчиком заключения о результатах проведенного исследования по электронной почте, Заказчик поручает и разрешает Исполнителю их передачу путем подписания «Согласия на получение результатов медицинских услуг по электронной почте» (Приложение № 4).

 **6. Качество услуги**

6.1. Качество оказания услуги определяется соблюдением технологии проведения обследования и стандартами оказания медицинской помощи.

6.2. Оказанная Исполнителем услуга считается исполненной, если Заказчик не заявил претензий в период нахождения в организации Исполнителя.

**7. Прочие условия**

7.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, электронной-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

7.2. За частичное или полное исполнение настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Вред, причинённый жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.3. Заказчик передает право получение своих результатов иным лицам, а именно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Исполнитель в свою очередь выдает результаты иным лицам при предъявлении паспорта выше указанного лица, а так же при предоставлении данного договора.

**8. Заключительные положения**

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для Сторон, вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до момента полного исполнения сторонами обязательств по договору либо при проведении МРТ диагностики или иной другой, действие договора завершается получением Заказчиком результатов исследования.

8.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору должны быть составлены в письменной форме.

**АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **Исполнитель:** Общество с ограниченной ответственностью **«АГАТ»** ИНН6316236821/ОГРН 1176313068293 КПП 631601001 Р/с 40702810554400030503К/с 30101810200000000607 Email:cmedlider@mail.ru Генеральный директор**(ФИО) Ведищева М.Н.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.Н. Ведищева/  **м.п.** | **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Подписывая настоящий Договор, я подтверждаю, что все вышеуказанное мной прочитано и понятно, все медицинские термины мне понятны, я задал все интересующие меня вопросы относительно предмета договора и получил на них понятные мне ответы. **(Подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |