ДОГОВОР ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Владивосток «_____» июль 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «_____» (фирменное наименование – Центр магнитно-резонансной томографии «МРТ Лидер»), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора _____, действующего на основании Устава, имеющее лицензию № _____ г., с одной стороны,

и_____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) в своих интересах либо в интересах представляемого _____(ФИО), являясь законным представителем (опекун, усыновитель, попечитель, родитель несовершеннолетнего до 15 лет), на основании _____ (документ), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику, а Заказчик обязуется оплатить на условиях Договора, следующие платные медицинские услуги: _____

1.2. Перечень подлежащих предоставлению Исполнителем 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, действующим на момент заключения Договора.

1.3. Исполнитель осуществляет оказание медицинских услуг Заказчику и выдает подготовленную в рамках настоящего Договора необходимую медицинскую документацию Заказчику в сроки, оговоренные Сторонами.

2. 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.

2.3. Настоящий Договор, включая его составные части, может быть заключен в отношении несовершеннолетнего от имени законного представителя (родителя, опекуна, усыновителя, попечителя). При этом, все права и обязанности за несовершеннолетнего пациента несет Заказчик.

2.4. При оказании медицинской услуги в виде диагностики во время ее проведения включается время на подготовку к выполнению исследования.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Заказчик:

3.1.1. Вправе на основании, действующего на момент оформления настоящего Договора, прейскуранта Исполнителя, самостоятельно 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, а именно: обоснованность каждого действия или бездействия, соблюдение установленных условий совершения (или не совершения) действий, своевременность каждого обоснованного действия при соблюдении установленных условий, технической правильности исполнения действия, большего количества действий в конкретных обстоятельствах оказания медицинской услуги.

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 Заказчиком 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 и пр.);
- 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 сообщить до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, с которыми Заказчика знакомит Исполнитель при заполнении Договора и Анкеты.

3.1.7. Заказчик обязан оплатить предоставленные исполнителем медицинские услуги, ознакомиться с Прейскурантом перед получением услуг.

3.1.8. Заказчик обязан выполнять указания медицинского персонала, участвующего в предоставлении услуги, во время оказания услуги.

3.2. Исполнитель:

3.2.1. Обязуется качественно и в установленные сроки оказывать медицинские услуги.

3.2.2. Ознакомить Заказчика и получить Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение №3), Соглашение об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг (Приложение № 1) к настоящему Договору.

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

3.2.4. 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 оказанной услуги.

3.2.5. При проведении диагностики выдать Заказчику анализ результатов соответствующего исследования на бумажном носителе не позднее 24 часов после проведения исследования (протокол исследования по результатам диагностики не является диагнозом и должен быть правильно интерпретирован 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 Российской Федерации.

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 внесения 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, 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. Оплата за медицинские услуги производится в полном объёме до начала проведения услуги.

4.4. 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 Российской Федерации.

5.2. Исполнитель несет ответственность только за тот результат услуги, которая поручалась ему Заказчиком (в соответствии 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 «Соглашения на платное получение результатов медицинских услуг».

5.4. Качество услуги

5.4.1. Качество оказания услуги определяется соблюдением технологии проведения обследования и соответствием обязательным требованиям.

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

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. 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.

6.2. За частичное или полное неисполнение условий 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.

6.3. Заказчик передает право получение своих результатов иным лицам, а именно: _____

Исполнитель в свою очередь выдает результаты иным лицам только при предъявлении документа, удостоверяющего личность, указанного в п. 6.3 Договора, лица с одновременным предоставлением оригинала данного Договора.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. 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, как при проведении диагностики, так и при оказании иной другой медицинской услуги, действие Договора завершается получением Заказчиком соответствующего медицинского документа.

7.2. Лицензия на медицинскую деятельность № _____ выдана ООО «_____» _____ ____г. бессрочно.

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

7.4. До заключения настоящего Договора Заказчик подтверждает ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка для потребителей, Правилами преставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, а также получение уведомления Исполнителя о том, что несоблюдение названных порядков, условий и требований, а равно указаний (рекомендаций) Исполнителя (медработнику 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 сказаться на состоянии здоровья.

Заказчик: **Подпись**_____**Дата: «_____» июль 2025г.**

Исполнитель	Заказчик
Общество с ограниченной ответственностью «_____» Юридический адрес: _____ ИНН _____/ ОГРН _____ КПП _____ Банк: БИК _____ р/с _____ к/с _____ Email: _____ Директор ООО «_____» _____/ _____ / **м.п.**	**ФИО** _____ **паспорт:**_____**№**_____ **выдан**_____ **Адрес** _____ _____ **Телефон** _____ Подписывая настоящий Договор, я подтверждаю, что все вышеуказанное мной прочитано лично и понятно, все медицинские термины мне понятны, я задал все интересующие меня вопросы относительно предмета Договора и получил на них исчерпывающие ответы. **(Подпись)**_____**/(ФИО)**_____

Приложение № 1
к договору оказания платных медицинских услуг

СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОБЪЕМЕ И УСЛОВИЯХ ОКАЗЫВАЕМЫХ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

(ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ)

г. Владивосток «_____» июль 202__ г.

ООО «_____», именуемое дальнейшем «Исполнитель», в лице директора _____, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)_____, именуемый(ая) Заказчик, действующий(ая) в своих интересах либо в интересах представляемого _____(ФИО), являясь законным представителем (опекун, усыновитель, попечитель, родитель несовершеннолетнего до 15 лет), с другой стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующим:

В рамках договора оказания платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО «_____», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получил от сотрудников ООО «_____» полную информацию об условиях предоставления медицинских услуг, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов, так и несколько видов платных медицинских услуг.
3. Мне разъяснено, и я осознал(а), что проводимое исследование – _____

может иметь противопоказания. На основании изложенного, я гарантирую что не имею абсолютных противопоказаний для проведения исследования. Также я гарантирую, что никаких аллергических реакций у меня нет.

4. Я согласен 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, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу ООО «_____» в сумме _____руб.
7. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.
8. Я проинформирован, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую услугу без взимания платы в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
9. Аббревиатурные сокращения, применяемые в настоящем соглашении и в названиях исследования мне разъяснены, мне понятны.
10. Настоящее соглашение мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Настоящее соглашение подписано пациентом после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору оказания платных медицинских услуг.

Заказчик _____ (ФИО) _____ (Подпись)

Приложение № 2
к договору оказания платных медицинских услуг

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. Владивосток «_____» июль 202__ г.

Я, _____

Паспорт серия_____№_____выдан _____
Дата выдачи _____
Адрес: _____

Настоящим подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «_____»** (далее - Оператор), место нахождение: _____, моих персональных данных, персональных данных представляемого мною лица, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ДМС, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по Договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны. В процессе оказания Оператором мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования, лечения и внутреннего учета Оператора.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом. Оператор вправе консультировать Заказчика по телефону предварительно идентифицировав личность Заказчика.

Заказчик _____ (ФИО) _____ (Подпись)

СОГЛАШЕНИЕ НА ПЛАТНУЮ РАСШИФРОВКУ И ВИЗУАЛИЗАЦИЮ ВРАЧОМ РЕНТГЕНОЛОГОМ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИЦИНСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ В ФОРМАТЕ DICOM- USB FLASH/CD/DVD

г. Владивосток «_____» июнь 202__ г.

1. Заказчик поручает и оплачивает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по расшифровке и визуализации врачом рентгенологом результатов медицинского исследования в электронном виде в формате Dicom на следующих носителях:

☐ ☐ ☐

CD/DVD/USB либо по направлению результатов, оказанных ООО «_____» платных медицинских услуг по Договору от « » _____, по электронной почте _____(печатными буквами) именуемые в дальнейшем «Услуга».

2. Заказчик обязуется оплатить стоимость оказываемых(ой) дополнительных(ой) услуг(и), указанной в п. 1 настоящего Соглашения, в соответствии с Прейскурантом Исполнителя.
3. **Стоимость услуги составляет:** ____ рублей**, (_____) рублей.**
4. Подписывая данное Соглашение, я проинформирован(а) о том, что используемый сервер электронной почты может быть не защищен, при их использовании необходимо руководствоваться здравым смыслом и соблюдать осторожность. За взлом электронного почтового ящика и утечку информации ООО «_____» ответственности не несет.
5. В случае, если Заказчик неверно указал электронную почту, ООО «_____» не несет ответственности за отправку результатов исследования по ошибочному адресу. Обращаем Ваше внимание, что срок действия ссылки составляет 7 календарных дней со дня получения данного письма. Настоятельно рекомендуем Вам скачать, распечатать и сохранить протокол в формате PDF и исследование в формате DICOM для дальнейшего использования.
6. Настоящее Соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из Сторон.

Исполнитель	**Заказчик**
Общество с ограниченной ответственностью «_____» Юридический адрес: _____ ИНН _____/ ОГРН _____ КПП _____ Банк: БИК _____ р/с _____ к/с _____ Email: _____ Директор ООО «_____» _____/ _____ / **м.п.**	**ФИО**_____ **Адрес**_____ _____ **Телефон**_____ **Даю согласие и подтверждаю правильность указанных мною данных** **(Подпись)**_____**/(ФИО)**_____