Договор \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На оказание платных медицинских услуг

г. Казань

Общество с ограниченной ответственностью лечебно-диагностический центр «БИОМЕД», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО Пациента, Дата рождения)

«Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать медицинские услуги Пациенту с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утверждённых Министерством здравоохранения Российской Федерации, именуемые в дальнейшем «услуги», а Заказчик обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

**2. Права и обязанности сторон**

*2.1. Исполнитель обязан:*

2.1.1. Обеспечить оказание Пациенту качественных услуг, согласно режиму работы Исполнителя, перечню предоставляемых им услуг и в сроки, установленные в Приложении № 1 к настоящему Договору;

2.1.2. До заключения настоящего Договора предоставить Заказчику в доступной для него форме информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, после чего Заказчик подписывает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к настоящему Договору);

2.1.3. В случае если при предоставлении услуг Пациенту потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять Пациенту дополнительные медицинские услуги на возмездной основе;

2.1.4. После исполнения настоящего Договора выдать Заказчику медицинские документы, отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг;

2.1.5. Выдать Заказчику документ, подтверждающий произведённую оплату предоставленных услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчётности (документ установленного образца));

2.1.6. Соблюдать конфиденциальность информации о состоянии здоровья Пациента (врачебную тайну) и обеспечить защиту персональных данных Пациента (Заказчика);

*2.2. Исполнитель имеет право:*

2.2.1. Определять длительность лечения и объём услуг в соответствии с состоянием здоровья Пациента согласно требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории Российской Федерации;

2.2.2. В одностороннем порядке прекратить или приостановить исполнение обязательств по настоящему Договору при выявлении противопоказаний к оказываемым услугам, а также при неисполнении Пациентом (Заказчиком) своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Заказчику стоимость услуг, указанных в пункте 4.1. настоящего Договора, за вычетом фактически понесённых затрат;

2.2.3. При необходимости привлекать для оказания услуг третьих лиц;

2.2.4. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объём исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Пациенту, в том числе и не предусмотренной настоящим Договором;

*2.3. Заказчик обязан:*

2.3.1. Оплатить услуги в размере, порядке и сроки, указанные в разделе 4 настоящего Договора;

2.3.2. До начала оказания услуг сообщить врачу (среднему медицинскому персоналу) Исполнителя данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сведения о перенесенных Пациентом заболеваниях и наличии у него аллергических реакций или противопоказаний к применению каких-либо лекарственных средств или процедур;

2.3.3. Во время оказания услуги обеспечить выполнение Пациентом всех требований медицинских работников Исполнителя, обеспечивающих качественное предоставление услуги, а также обеспечить информирование врача (среднего медицинского персонала) Исполнителя о любых изменениях состояния здоровья Пациента;

2.3.4. Соблюдать график прохождения процедур, режим работы Исполнителя, режим приёма лекарственных средств, режим питания и другие предписания медицинских работников Исполнителя;

2.3.5. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя возместить его в полном объёме.

*2.4. Заказчик имеет право:*

2.4.1. Получить от Исполнителя в доступной для него форме информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи и предоставить ему подписанное информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство (Приложение № 2 к настоящему Договору). В случае если Заказчик отказывается давать Исполнителю информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство, Исполнитель не вправе оказывать Пациенту платные медицинские услуги. Медицинское вмешательство без согласия Заказчика допускается только в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

2.4.2. Отказаться от оплаты оказанных без его согласия услуг, а если они уже оплачены - потребовать возврата уплаченных за них сумм;

2.4.3. Отказаться в одностороннем порядке от оказания услуги до момента её завершения и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесённых затрат;

2.4.4. Предъявить Исполнителю требования о расторжении настоящего Договора в случае выявления существенных недостатков в оказанной услуге, о возмещении убытков, причинённых ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда его жизни и здоровью.

**3. Сроки и условия оказания услуг**

3.1. Исполнитель обязуется оказать услуги по месту нахождения медицинской организации в сроки, установленные в Приложении № 1 к настоящему Договору.

**4. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты услуг**

4.1. Общая сумма договора определяется как общая стоимость предоставляемых услуг в соответствии со Спецификациями (Приложение № 1) за весь период действия Договора.

4.2. Расчёты между сторонами осуществляются в порядке предварительной оплаты предоставляемых услуг путём внесения Заказчиком в кассу Исполнителя денежных средств в размере 100% от общей стоимости предоставляемых услуг, указанной в пункте 4.1. настоящего Договора.

4.3. Касса Исполнителя находится по адресу: (по месту оказания услуг)

4.4. Оплата производится в валюте Российской Федерации.

4.5. Денежные обязательства Заказчика перед Исполнителем считаются выполненными с момента внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4.6. В случае возврата денежных средств Заказчику, на основаниях указанных в настоящем договоре, возврат осуществляется в соответствии с порядком ведения кассовых операций, утвержденным согласно законодательству Российской Федерации на дату заключения настоящего договора.

**5. Ответственность сторон**

5.1. Стороны настоящего Договора несут ответственность за неисполнение взятых на себя обязательств в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за нарушение сроков оказания услуг, предусмотренных в Приложении № 1 к настоящему Договору, в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (наводнения, пожара, землетрясения, эпидемии, военных конфликтов, военных переворотов, террористических актов, поломки оборудования, внезапного отключения света и воды, сбоя информационной системы, а также в случае если не доставлен или не своевременно доставлен реактив или биоматериал для проведения исследований из-за плохих погодных условий), препятствующих выполнению обязательств Исполнителем по настоящему Договору.

5.3. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством.

**6. Подписание и вступление Договора в силу**

6.1 Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания Договора обеими сторонами и действует в течение одного года с момента его подписания.

**7. Изменения, расторжение, прекращение Договора**

7.1. Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

7.2. Досрочное расторжение Договора допускается по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

Сторона, решившая расторгнуть настоящий договор, должна направить письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор другой стороне не позднее, чем за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемого дня расторжения.

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

**8. Персональные данные**

8.1. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку его персональных данных и персональных данных Пациента в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

8.2. Заказчик дает свое согласие на передачу в электронной форме по открытым каналам связи сети Интернет информации от ООО ЛДЦ «БИОМЕД», включая, помимо прочего, его персональные данные, персональные данные Пациента и результаты сданных анализов на электронную почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и/или на сайте ООО ЛДЦ «БИОМЕД» по адресу www.biomed-mc.ru во вкладке «РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ», оповещения о готовности сданных анализов в СМС сообщениях по телефону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8.3. Заказчик подтверждает, что ему известно, что передача персональных данных через незащищенные каналы связи (интернет) может привести к возникновению и реализации угроз безопасности (включая, помимо прочего, нарушение конфиденциальности, целостности, доступности) этих данных, в связи с чем берет на себя полную ответственность за все указанные риски при передаче информации от ООО ЛДЦ «БИОМЕД».

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:Общество с ограниченной ответственностьюлечебно-диагностический центр «БИОМЕД»Фактический адрес: (по месту оказания услуги)Юридический адрес: 420043, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Калинина д.30Почтовый адрес: 420107, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Т. Миннуллина д.8, а\я 130ОГРН 113 169 000 4489 зарегистрирован 25.01.2013г. МИФНС № 18 по РТИНН 1655262224 КПП 165501001Р/с 407 028 107 620 000 00 015К/cч 301 018 106 000 000 00 603БИК 019 205 603Отделение №8610 Сбербанка России г. КазаньЛицензия ЛО-16-01-005850 от 27.02.2017 выдана Министерством Здравоохранения РТ | Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О. гражданина)Адрес места жительства:№\_ |
| От имени Исполнителя: | От имени Пациента (Заказчик): |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Ф.И.О. представителя медицинской организации) | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина) |

**Приложение № 1 к Договору \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Спецификация услуг**

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

 (ФИО) (дата рождения)

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г.

 (ФИО) (дата рождения)

Номер заявки к результатам с сайта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **www.biomed-mc.ru**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Срок исполнения, раб. дни** | **Цена, руб.** | **Скидка, %** | **Сумма, руб.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого** |  |  |  |  |  |

 **Итого к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_ (Сумма прописью) рублей.**

**ВНИМАНИЕ!!!** В случае сомнительного результата, Исполнитель оставляет за собой право задержать результат для перепроверки.

Оплатой указанных выше услуг Заказчик подтверждает свое присоединение к условиям договора на оказание платных медицинских услуг, осведомленность о последствиях медицинского вмешательства, а также согласие Заказчика на оказание ему перечисленных услуг и обработку персональных данных.

Для целей исполнения договора на оказание платных медицинских услуг рабочим днем считается день сдачи биоматериала, при его сдаче Пациентом (Заказчиком) до 13 часов 00 минут. При сдаче биоматериала после 13 часов 00 минут, срок исполнения услуги начинается со следующего рабочего дня.

Выдача готовых результатов производится в рабочие часы ООО ЛДЦ «БИОМЕД» в согласованные в настоящем договоре сроки.

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Исполнителя: | От имени Пациента (Заказчик): |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Ф.И.О. представителя медицинской организации) | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О. гражданина) |

**Приложение № 2** к Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

(Ф.И.О. гражданина, либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

**Обществе с ограниченной ответственностью лечебно-диагностический центр «БИОМЕД»**

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (подпись) |  | (Ф.И.О. медицинского работника) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  |  |  | г. |

(дата оформления)