|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | --- | | **ДОГОВОР № 0000-0ХХХ Об оказании медицинских услуг**  \_\_\_\_\_\_\_2025г. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский центр "Уральский", далее именуемое «Исполнитель», действующее на основании бессрочной лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-004717 от 02.06.2017 г., выданной Министерством здравоохранения Свердловской области, в лице администратора ХХХ, действующего на основании доверенности №\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. с одной стороны, и пациент или законный представитель пациента ХХХ далее именуемый «Потребитель»,с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1.1.Предметом договора является оказание платных медицинских услуг «Исполнителем» «Потребителю» указанные в п. 1.4. настоящего договора, а «Потребитель» или законный его представитель обязуется оплатить «Исполнителю» стоимость оказанных услуг, согласно прейскуранта. 1.2. Исполнитель уведомляет Потребителя об альтернативной возможности получения Услуг бесплатно в других лечебно-профилактических учреждениях в рамках системы обязательного медицинского страхования в соотвтствии с Территориальной программой государственных гарантий. 1.3. «Исполнитель» оказывает платные медицинские услуги по адресу: Свердловская обл, Екатеринбург г, Пальмиро Тольятти ул, Дом 11А. 1.4. «Исполнитель» обязуется оказать пациенту следующую платную медицинскую услугу:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Наименование услуги | количество | цена | процент скидки | сумма | |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | **2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2.1. Стоимость медицинской услуги по прейскуранту составляет (приложение кассовый чек): ХХХ рублей 00 копеек. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2.2. Оплата платных медицинских услуг осуществляется «Потребителем» или его законным представителем, страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом, в размере 100 % предоплаты. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2.3. Оказание медицинских услуг осуществляется только после поступления денег в кассу или на расчетный счет «Исполнителя». | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3.1. «Исполнитель» обязуется: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - предоставить «Потребителю» достоверную и доступную информацию о предоставляемой услуге; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - оказать «Потребителю» медицинские услуги не позднее 30 календарных дней с момента заключения договора; | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - предоставить «Потребителю» медицинские документы: консультативное заключение врача, результаты лабораторных и протоколы инструментальных исследований, направления на дополнительные обследования, рецепты и необходимые рекомендации. По письменному заявлению "Потребителя" предоставить копию какого-либо документа или медицинской карты без взимания дополнительной платы. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3.2. «Исполнитель» имеет право в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3.3. "Потребитель" обязан: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;  - подписать добровольное информированное согласие;  - своевременно оплатить стоимость услуги;  - соблюдать Правила внутреннего распорядка «Исполнителя» и правила поведения в медицинской организации;  - точно выполнять назначения врача, соблюдать режим лечения, в т.ч. на период временной нетрудоспособности. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3.4. "Потребитель" имеет право: | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | - на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге; При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам исполнения услуг, пациент вправе: - назначить новый срок оказания услуги (записаться снова на другую удобную дату и время; - потребовать исполнения медицинской услуги другим специалистом (при его наличии); - расторгнуть договор и получить обратно оплаченную сумму с возмещением «Исполнителю» затрат, связанных с подготовкой оказания услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4.1. Стороны несут ответственность за невыполнение настоящего договора в соответствии с действующим законодательством. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4.2. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения пациентом своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4.3. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров в досудебном порядке. 4.4. В случае невозможности разрешения указанных споров путем переговоров в досудебном порядке они будут разрешаться в соответствии с действующим законодательством. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 5.1. Договор может быть изменён или расторгнут по соглашению сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **6. ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 6.1. При подписании настоящего договора Потребитель дает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включая особые категории (фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса добровольною медицинскою страхования, страховой номер индивидуального лицевою счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в целях оказания медицинских услуг, ведения внутреннего учета Исполнителя). 6.2. Исполнитель гарантирует конфиденциальность персональных данных Потребителя. 6.3. Потребитель предоставляет Исполнителю право осуществлять все действии (операции) со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Потребителя путем внесения их в электронную базу данных Исполнителя. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичной медицинской документации (медицинской карты) и составляет 5 лет. 6.4. Настоящее согласие действует до достижения целей обработки или до момента подачи в письменном виде Исполнителю заявления об отзыве своего согласия на обработку персональных данных. В данном случае Исполнитель обязуется прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого Услуг, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ. 6.5. Потребитель дает свое согласие на передачу информации о состоянии своего здоровья, результатах обследования и лечения следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, а  Также путем передачи по открытым сетям Интернет. 6.6. Я согласен (согласна) получать sms-уведомления на указанный ниже номер мобильного телефона Да Нет Контактная информация Министерства здравоохранения Свердловской области: 620014, г.Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. +7(343)312-00-03 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **7. КОНТАКТЫ КОНТРОЛИРУЮЩИХ ОРГАНОВ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Минздрав Свердловской области: 620014, г.Екатеринбург, ул. Вайнера, 34б, тел. +7 (343) 312-00-03 (доб. 818), 8 800-1000-153 (бесплатный номер), minzdrav@egov66.ru. Росздравнадзор: 620014, г. Екатеринбург, ул. Попова, 30, тел: +7 (343) 371-63-62, zdravnadzor@ru66.ru. Роспотребнадзор: 620078, г. Екатеринбург, пер. Отдельный, 3, тел.: (343) 374-13-79. mail@66.rospotrebnadzor.ru | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств. 7.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон. 7.3. Все споры и разногласия решаются путем переговоров, независимой экспертизы и в судебном порядке. 7.4. Потребитель при подписании настоящего договора ознакомлен с лицензией Исполнителя, Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка для пациентов. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **«Исполнитель»:** | | | **«Потребитель»:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский центр "Уральский" | | | Пациент: ХХХ | | | | | | | | | | | | | |
|  | Свердловская обл, Екатеринбург г, Пальмиро Тольятти ул, Дом 11А | | | Представитель пациента: | | | | | | | | | | | | | |
|  | Телефон/факс +7 (343) 288-5-200 Email: uralmc-clinic@uralmc.ru | | | Паспорт серия | | | | | | | | | | | | | |
|  | ИНН/КПП 6658245924/665801001 ОГРН 1069658104603 | | | № | | | | | | | | | | | | | |
|  | УРАЛЬСКИЙ БАНК ПАО «СБЕРБАНК» г.Екатеринбург | | | Выдан | | | | | | | | | | | | | |
|  | БИК 046577674 к/с 30101810500000000674 | | | Адрес и место жительства: | | | | | | | | | | | | | |
|  | р/с 40702810916000034646 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |
|  | Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ от 23.04.2013г. серия 66 № 007277721 | | | Email: | | | | | | | | | | | | | |
|  | **10. ПОДПИСИ СТОРОН** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | Администратор |  |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ХХХ/ | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | АКТ оказанных услуг | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | г. Екатеринбург | | |  | |  | |  | |  | | \_\_\_\_\_ 2025 г. | | | | | |
|  | Общество с ограниченной ответственностью "Медицинский центр "Уральский", далее именуемое «Исполнитель», действующее на основании Лицензии Министерства здравоохранения Свердловской области № ЛО-66-01-004717 от 02.06.2017 г., в лице администратора Якурнова Алена Геннадьевна, действующего на основании доверенности б/н от 01.11.2017 г. с одной стороны, и пациент или законный представитель пациента Лазурко Юрий Сергеевич, далее именуемый «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий акт о том, что «Исполнитель» оказал пациенту платные медицинские услуги. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью. Потребитель претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  | «Исполнитель» | | | «Потребитель» | | | | | | | | | | | | | |
|  | Администратор |  |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ХХХ/ | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |