

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Тюмень

« ____ » _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «СТТ+» (ООО «СТТ+»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Ткаченко Марины Александровны, действующей на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-72-01-003417 от 29.07.2020 года со сроком действия - бессрочно, с одной стороны, и _____,

(Ф.И.О. полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.1. Фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «СТТ+» (ООО «СТТ+»);

1.2. Юридический адрес: 625033, Тюменская область, город Тюмень, улица Павла Шарова, дом 7, корпус 2, помещение 1;

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ: ОГРН 1207200003812, свидетельство о постановке на учет Российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения от 04.03.2020 года, наименование регистрирующего органа: Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №6 по Тюменской области, ИНН 7224082034.

1.3. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности: в № ЛО-72-01-003417 от 29.07.2020 года, выданная Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенным по адресу: 625048, Тюменская область, город Тюмень, улица Малыгина, дом 48. Телефон: 8(3452)42-78-00, 42-78-83. Срок действия лицензии: бессрочно.

1.4. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО «СТТ+» (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 : гигиене в стоматологии, сестринскому делу, стоматологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, стоматологии детской, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги: _____ (далее Потребитель), проживающему по адресу: _____ контактный телефон: _____, а Заказчик обязуется принять и оплатить услуги на условиях настоящего Договора следующие медицинские услуги:

№№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во	Стоимость, руб.	В том числе НДС%
1						
Всего к оплате:						

Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего Прейскуранта цен на платные медицинские услуги для физических лиц, оказываемых **ООО «СТТ+»** (далее Прейскурант), утвержденного Исполнителем и составляет: _____ (_____) рублей ____ копеек.

2.2. Дата начала оказания медицинских услуг: с « ____ » _____ 20__ года.

2.3. Дата окончания оказания медицинских услуг: по « ____ » _____ 20__ года.

2.4. Место оказания услуг: г.Тюмень, ул.Павла Шарова, дом 7, корпус 2, помещение 1 в дни и часы работы, установленные Исполнителем.

2.5. При исполнении настоящего договора Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

3. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (Заказчика) (законного представителя Потребителя) и согласия Потребителя (Заказчика) приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя (Заказчика).

3.2. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя) на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.4. Потребитель (Заказчик) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

3.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика).

Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.6. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказываемых медицинских услуг. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю (Заказчику), указывается (содержится) в п.2.2. настоящего договора.

4.2. Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

4.3. По требованию Потребителя (Заказчика) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги в соответствии условиями настоящего договора.

5.1.2. Оказать Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

5.1.3. После исполнения Договора выдать Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

5.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

5.1.5. Предупредить Потребителя в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика.

5.1.6. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя.

5.2. Потребитель (Заказчик) имеет право:

5.2.1. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой медицинской услуги.

5.2.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

5.2.2. Отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2.3. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

5.3. Потребитель (Заказчик) обязан:

5.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

5.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

5.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

5.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН:

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить разумными мерами (форс-мажор).

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по основаниям и в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае отказа Потребителя (Заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг, Потребитель (Заказчик) уведомляет об этом в письменном виде Исполнителя. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя (Заказчика) и выставляет Потребителю (Заказчику) счет, в котором указывается стоимость понесенных Исполнителем расходов по оказанию Потребителю услуг(и), от которых(ой) он отказался. Потребитель (Заказчик) с момента получения счета от Исполнителя обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Потребителем денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Потребителю (Заказчику) в течение трех рабочих дней с момента получения Исполнителем уведомления о расторжении настоящего Договора.

8. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

8.1. Споры, возникшие между сторонами в рамках настоящего договора или в связи с ним, урегулируются сторонами путем переговоров. В случае не достижения согласия сторонами, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного выполнения сторонами всех обязательств.

9.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору должны быть совершены в письменной форме по взаимному согласию сторон.

9.3. Взаимоотношения сторон, не предусмотренные настоящим договором, регулируются действующим законодательством РФ.

9.4. Настоящий Договор составлен в 3 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если договор заключен между Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

9.5. Подписывая настоящий договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он (она), был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Сведения о Территориальной программе ОМС, об Исполнителе, о местонахождении Исполнителя, режиме работы, перечне платных медицинских услугах с указанием их стоимости, условиях, порядке предоставления), об уровне профессионального образования и квалификации медицинских работников, а также иная информация размещена на официальном сайте медицинской организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу <https://familysmaile72.ru>, а также на информационных стендах.

6. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «СТТ+»

Юридический/почтовый адрес: 625033, Тюменская область, город Тюмень, улица Павла Шарова, дом 7, корпус 2, помещение 1

Телефон/факс: 8 9044 98-08-06

e-mail: familysmaile72@yandex.ru

ИНН 7224082034 КПП 720301001

Банковские реквизиты:

р/с 40702 810 7 3829 0004800

к/с 30101 810 1 0000 0000964

БИК 046577964

Банк ФИЛИАЛ "ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"

Потребитель (Заказчик)

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

Телефонный номер: _____

Адрес электронной почты _____

Паспортные данные: _____

_____/М.А.Ткаченко

_____/_____