|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Договор**  **на оказание платных медицинских услуг №** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| г. Южно-Сахалинск | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Общество с ограниченной ответственностью "Авторская клиника", в лице Директора Итуниной Юлии Алексеевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Гражданина (-ки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемого (-ой) в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о Сторонах:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Сведения об Исполнителе:  1.Наименование и фирменное наименование: ; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Адрес места нахождения: 693004, г. Южно-Сахалинск, пр.Мира, 422А;  3. Адрес места оказания медицинских услуг: 693004, г. Южно-Сахалинск, пр.Мира, 422А; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации ОГРН 1076501006230, выдано Управление Федеральной налоговой службы по Сахалинской области; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия Л041-01185-65/00337253 от 02.09.2020 года, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, лицензия выдана Министерством Здравоохранения Сахалинской области, г. Южно-Сахалинск, ул. Карла Маркса, дом 24,тел.(4242)728557 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» WWW.ak65.ru | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о Потребителе:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО адрес, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон потребителя: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о заказчике:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО адрес, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон Заказчика: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3.2. Наименование, адрес места нахождения и реквизиты Заказчика (заполняется, если Заказчик – юридическое лицо): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Предмет договора** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Потребителю) медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания содержатся в Приложении № 1 к настоящему Договору, являющейся его неотъемлемой частью. Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения МЗСР РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.3. При заключении настоящего Договора Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Сахалинской области. Также Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Порядки оказания медицинской помощи ; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Информацию о враче, оказывающем медицинскую услугу, его профессиональном образовании и квалификации; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • | Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий (Л041-01185-65/00337253 от 02.09.2020), требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Обязательства сторон** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Права и обязанности Исполнителя: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель обязуется:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику (Потребителю) полную и достоверную информацию в устной форме: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - о состоянии пациента в рамках специализации врача;  - о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - о противопоказаниях, возможных осложнениях и временных дискомфортах, которые могут возникнуть в процессе проведения услуги и после нее; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата медицинской услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.2. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, если есть возможный, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья Потребителя в силу специфики самой медицинской технологии. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Потребителем и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.3. Информировать Заказчика (Потребителя) о стоимости услуги до ее оказания.  2.1.4. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Заказчику (Потребителю) документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца (согласно п. 24 Постановления Правительства РФ № 1006) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.5. Требовать от Заказчика (Потребителя) надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.6. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.7. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Потребителя и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.8. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости направить Потребителя для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Потребителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.9. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, определять количество выполняемых рентгенографических снимков, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.10. Отказать в продолжение оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Заказчика (Потребителя) условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Потребителя острого состояния. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.11. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача в запланированный день приёма и невозможности предупредить об этом Заказчика (Потребителя) заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Заказчика (Потребителя) для него другого лечащего врача, либо перенести прием на другое удобное для Заказчика (Потребителя) время. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.1.12. Амбулаторная карта пациента (Заказчика (Потребителя)) является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет. Заказчик (Потребитель) на основании письменного заявления вправе получить выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2. Права и обязанности Заказчика (Потребителя):**  **Обязанности Заказчика (Потребителя):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья и обновлять ее каждые полгода в анкете о здоровье. Заказчик (Потребитель) обязуется достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, инфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсии и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИДе), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях (сердечная недостаточность, коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболевания, имеющих значение для лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.  Граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=449568&date=27.07.2023) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.  Несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.3. Удостоверить личной подписью: информированные добровольные согласия, предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.4. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.5 При необходимости временной приостановки лечения более чем на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Заказчиком (Потребителем) и факт получения уведомления Исполнителем. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.6 Оплатить медицинские услуги в срок , установленные настоящим Договором. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.7 Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.  2.2.8. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренным разделом 5 настоящего договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.9. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.10. Во время лечения являться на запланированные визиты в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача. В том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.11. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Заказчика (Потребителя). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.12. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.13. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заказчик (Потребитель) имеет право:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.15. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.14. Получить максимально полную информацию о предоставляемых медицинских услугах (порядок и условия ее оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.2.15. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание медицинских услуг.  2.2.16. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту.  2.2.17. Получение копий и выписок из медицинских документов осуществляется в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них". По письменному запросу срок предоставления документов составляет 30 календарных дней. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01185-65/00337253 от 02.09.2020), порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.6. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несете ответственности за ухудшение качества оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещен. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.9. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установил как дату своего прихода на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально и указывается в Приложении № 1 настоящего договора, являющейся его неотъемлемой частью.  3.10. Предельный срок ожидания получения медицинской услуги один месяц. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Качество услуг** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.1. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания, при отсутствии осложнений, возникших в результате проведения процедуры. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.2. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Потребителем рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4.3. Возможные дискомфорты, вызванные спецификой медицинских методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Заказчик (Потребитель) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Стоимость услуг и порядок расчетов** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг.  Стоимость конкретных платных услуг, предоставляемых Потребителю, указывается (содержится) также в Приложении № 1 к настоящему договору, являющимся его неотъемлемой частью. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.2. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.3. В случае несвоевременной оплаты этапов лечения, Заказчик выплачивает пени в размере 0,3% от общей стоимости работ за каждый день просрочки платежа. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.4. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5.5. По требованию Исполнителя, Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик (Потребитель) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.  6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.3. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.  6.4. Претензионный порядок досудебного урегулирования спора является обязательным. Претензия предъявляется в письменном виде и рассматривается Исполнителем в течение 10 рабочих дней с момента ее получения. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6.5.Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика (Потребителя) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Заказчика (Потребителя) от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства, выявленных в процессе оказания медицинской услуги. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Порядок изменения и расторжения договора** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.  7.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Срок действия договора и иные условия** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до момента полного оказания услуг Исполнителем Заказчику (Потребителю).  8.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) – относятся к одному лицу – к Заказчику. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8.3. Договор составлен в двух/трех (ненужное зачеркнуть) экземплярах, по одному – для каждой из Сторон.  8.4. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Адреса и подписи сторон:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Исполнитель:**  Общество с ограниченной ответственностью "Авторская клиника" | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Заказчик:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес: 693004, Южно-Сахалинск, пр.Мира, 422А | | | | | | | | | | | | | | | |  | Паспорт (номер): \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| тел. 515-507 | | | | | | | | | | | | | | | |  | Дата выдачи: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail: [klinika@ak65.ru](mailto:klinika@ak65.ru) | | | | | | | | | | | | | | | |  | Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Банковские реквизиты | | | | | | | | | | | | | | | |  | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН 6501184487 | | | | | | | | | | | | | | | |  | Телефон: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| КПП 650101001 | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОГРН 1076501006230 | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Р/с ***40702810750340002900*** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ БАНК ПАО***  ***СБЕРБАНК*** в г. Южно-Сахалинске | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Р/с ***40702810750340002900*** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| К/с ***30101810600000000608*** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БИК ***040813608*** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Исполнитель:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | **Заказчик:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Потребитель:** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Паспорт (номер): \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дата выдачи: «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Кем выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон: 353535 | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Потребитель:** | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |