Настоящим Я **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, далее по тексту договора об оказании платных медицинских услуг именуемый "**Заказчик**" и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** далее по тексту договора об оказании платных медицинских услуг именуемый "**Пациент**" уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) **Исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя услуги, о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также подтверждаю ознакомление с порядком предоставления медицинской помощи в соответствии с программой и территориальной программой, условиями, порядком, формой предоставления услуг Исполнителем и порядком их оплаты, действующим Перечнем платных медицинских услуг Исполнителя и их цен, правилами поведения пациентов в медицинской организации Исполнителя, размещёнными на информационных стендах и на сайте Исполнителя Медрешение.РФ в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Заказчик:** |  |  |  |  | г. | **Пациент:** |  |  |  |  | г. |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  | (дата) |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) |  | (дата) |
|  |  |  |  |  |  | (заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет (16 лет, если лицо является больным наркоманией)) | | | | | |

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ №\_\_\_\_\_\_\_, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «Решение»** (ОГРН 1215900004055, ИНН 5904387537, КПП 590401001), находящееся по адресу: г. Пермь, ул. Баумана, д. 3 и , именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», осуществляющее медицинскую деятельность, в том числе по рентгенологии, ультразвуковой диагностики, функциональной диагностики, неврологии, нейрохирургии, онкологии, пульмонологии и сестринскому делу, на основании лицензии от 25 февраля 2022 г № ЛО-59-01-005-636, выданной МЗ ПК, в лице Генерального директора **Водянова Сергея Сергеевича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

гражданин **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** или юридическое лицо (полное наименование) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места нахождения),

далее именуемый(ое) «**Заказчик**», действуя в своих интересах (как Пациент) или в интересах Пациента,

|  |
| --- |
|  |
| (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, телефон Пациента) |
|  |
| (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, телефон законного представителя Пациента, |
|  |
| статус законного представителя - мать, отец, опекун, попечитель, усыновитель) |

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующие платные медицинские услуги:

|  |
| --- |
|  |

1. Заказчик обязуется своевременно оплатить медицинские услуги.
2. Место оказания медицинских услуг:

|  |
| --- |
| г. Пермь, ул. Баумана, дом 3, телефон 8(342) 270-10-60 |

1. Медицинские услуги должны отвечать требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.
2. При оказании медицинских услуг используются разрешенные к применению на территории РФ лекарственные препараты и медицинские изделия.
3. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с режимом работы Исполнителя после подписания настоящего договора и при условии дачи Пациентом (законным представителем Пациента) информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
4. Стоимость медицинских услуг определяется действующим на момент их предоставления Перечнем платных медицинских услуг и составляет **\_\_\_\_\_\_ рублей (\_\_\_\_\_\_\_ рублей 00 копеек)**.
5. Оплата медицинских услуг осуществляется после проведения исследования и до получения результатов исследования Пациентом (законным представителем Пациента).

Расчеты по настоящему договору могут быть произведены наличными деньгами, с применением платёжных карт, платёжным поручением или переводом денежных средств на расчетный счет Исполнителя р/с 40702810549770024874, в Волго-Вятском банке СБЕРБАНКА РФ, к/с 30101810900000000603, БИК 042202603

1. До начала оказания медицинских услуг Заказчик (Пациент) обязан представить Исполнителю связанные с заболеванием медицинские документы (в том числе направление, снимки и заключения по предыдущим исследованиям) и информировать врача об истории заболевания. В противном случае оценка динамики заболевания в данном исследовании не предполагается, а её проведение после выдачи медицинского заключения по данному исследованию возможно за дополнительную плату в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг.
2. Исследование проводится в день заключения договора при условии предварительной записи на исследование и выполнения Пациентом подготовки к исследованию (при необходимости).
3. Выдача медицинского заключения и снимков по результатам исследования осуществляется Пациенту (законному представителю Пациента) либо **с письменного согласия последнего Заказчику** в течение 4 (четырёх) часов, а в сложных диагностических случаях и при необходимости оценки динамики - в течение 24 (двадцати четырёх) часов. В случае необходимости созыва консилиума врачей сроки подготовки заключения могут быть увеличены Исполнителем в одностороннем порядке на срок не более 4 (четырёх) рабочих дней. Выдача заключения и снимков осуществляется при условии полной оплаты услуг.
4. Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке при невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги, в том числе при выявлении у Пациента противопоказаний к определенному методу диагностики, при нахождении Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в случаях, когда действия Пациента угрожают жизни и здоровью медицинского персонала либо нарушают общественный порядок.
5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение договора стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.
6. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи Исполнителя на настоящем договоре.
7. Споры по договору разрешаются в соответствии с законодательством РФ с соблюдением претензионного порядка их урегулирования.
8. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, а также в порядке и в случаях, предусмотренных законом.
9. Настоящим Заказчик даёт согласие на получение по указанному в договоре электронному адресу электронного образа заключения, справки в налоговый орган, а также информации о новостях в здравоохранении, услугах и акциях Исполнителя.
10. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ПОДПИСИ СТОРОН:** | **Исполнитель -** Генеральный директор ООО «Решение»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ С.С. Водянов М.П. | **Заказчик -**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (собственноручно ФИО полностью, подпись)  Электронный адрес: |
|  |  |  |
| **Внимание!**  В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ налогоплательщик имеет право на получение социального налогового вычета в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (в соответствии с [перечнем](consultantplus://offline/ref=9DD19597183E0E3DF3F35263F8B0803F8445224F548A4817D6D7C6BC40C41821EF1C2155EBE3B9AE6599D270420E69D626F8FAE20CDD4BZ7Z6N) медицинских услуг, утвержденным Правительством Российской Федерации), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения (в соответствии с [перечнем](consultantplus://offline/ref=9DD19597183E0E3DF3F35263F8B0803F8445224F548A4817D6D7C6BC40C41821EF1C2155EBE3B9A56599D270420E69D626F8FAE20CDD4BZ7Z6N) лекарственных средств, утвержденным Правительством Российской Федерации), назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств. | | |