**Уведомление для Потребителя (Заказчика) медицинских услуг**

1. 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.

2. На территории Рязанской области имеется возможность получения предоставляемых ООО «Детский медицинский центр «Забота» видов и объемов 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 в медицинских организациях, которые предоставляют данные виды помощи в рамках указанных программ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (подпись) (расшифровка)

**ДОГОВОР на оказание платных медицинских услуг**

г. Рязань «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**(Фамилия, имя, отчество Заказчика / Потребителя – представителя ребенка)**

**адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_,**

**паспортные данные: серия\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**(Фамилия, имя, отчество ребенка)**

**свидетельство о рождении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

(Дополнительная информация: 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 согласно данному Договору:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**(ФИО, контактный телефон, степень родства, связи)**

именуемый в дальнейшем «Заказчик/Потребитель» и Общество с ограниченной ответственностью «Детский медицинский центр «Забота», адрес: г. Рязань, ул. Интернациональная, д. 18, корп. 1, оф. Н3, этаж 1, www.zabota-rzn.ru; ОГРН 1156229000520, Свидетельство серия 62 № 002298980 от 17 февраля 2015 года выдано МИФНС №1 по Рязанской области; ИНН 6229075092, Регистрационный номер лицензии № Л041-01183-62/00299025; дата предоставления лицензии: 01 июня 2015 (бессрочно); лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Рязанской области, адрес: г. Рязань, ул. Свободы, д. 32, тел.: (4912) 27-08-06;

Выполняемые работы, оказываемые услуги по лицензии:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактический прививок); медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии; детской кардиологии; детской хирургии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии; психиатрии; стоматологии детской; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; экспертизе качества медицинской помощи; при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим.

Услуги по проведению лабораторных анализов предоставляет ООО «Научно-производственная Фирма «ХЕЛИКС» по договору №ЦФО-ДОУ-000023543/15 оказания медицинских услуг от 18.05.15 г.

в лице директора Шевченко Михаила Владимировича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1.  ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

 1. Заказчик/Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель выполняет медицинские услуги (далее по тексту договора – «услуги») согласно действующему прейскуранту цен на платные медицинские услуги (Приложение № 1 к договору). Стоимость и перечень оказываемых услуг определяются в рамках действующего прейскуранта.

2. Заказчик/Потребитель самостоятельно определяет требующиеся (ему самому или ребенку, представителем которого от является) медицинские услуги. С учетом определенных Заказчиком/Потребителем услуг составляется приложение к договору на определенную дату. Заказчик/Потребитель оплачивает выбранные услуги согласно прейскуранту до оказания услуг (100% предоплатой), согласовывает с Администратором медицинского центра время оказания услуг. Приложение к договору могут составляться неоднократно в течение срока действия договора.

3. Пациент соглашается с тем, что проводимое лечение не может полностью гарантировать достижение эффекта,  так  как  при оказании медицинских услуг и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, а также с тем,  что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма.

**2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**2.1. Заказчик/Потребитель обязан:**

2.1.1. До производства услуг Исполнителем оплачивать их стоимость согласно Прейскуранту (приложение);

2.1.2. Предоставить Исполнителю полную информацию и документы (копии документов), касающихся состояния своего здоровья/ здоровья ребенка, представителем которого он является, которыми он располагает на момент заключения настоящего договора и в течение его действия;

2.1.3. Выполнять назначения специалистов (врачей) Исполнителя, за исключением случаев, указанных в п.п. 3.2.2. настоящего договора;

2.1.4. При первой возможности информировать (даже и по телефону) специалистов (врачей) Исполнителя о невыполнении сделанных ими назначений и причинах этого;

2.1.5. Пациент обязуется заблаговременно информировать Медицинский Центр о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения  услуги (не менее, чем за 2 часа до времени получения услуги).

2.1.6. Находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

**2.2. Исполнитель обязан:**

2.2.1. Согласовать с Заказчиком/Потребителем конкретный перечень услуг, предоставляемых в каждом конкретном случае, сроки предоставления, место и время предоставления услуг, по требованию Заказчика/Потребителя составить приложение к договору с указанием услуг и их стоимости на конкретный случай обращения за услугами;

2.2.2. В  своей  деятельности  по  оказанию  медицинских  услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты  и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке;

2.2.3. В случае обнаружения заболеваний у Потребителя, о которых не было известно при подписании договора, предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Потребителя противопоказаний;

2.2.4. Проинформировать о необходимости обращения или направить Потребителя в другую медицинскую организацию, если Лицензия Исполнителя не позволяет ему осуществлять производство тех услуг, необходимость которых выявилась в процессе диагностики Потребителя;

2.2.5. Предоставлять Заказчику/Потребителю Выписку из карты по итогам оказания каждой услуги, а также установленные законом документы (кассовый чек) при оплате Заказчиком/Потребителем услуг. Оформление дополнительных выписок из медицинской документации Заказчик/Потребитель может заказать на платной основе согласно действующему прейскуранту. Ознакомиться с медицинской документацией, сделать самостоятельно копии медицинской документации Заказчик/Потребитель может на бесплатной основе в соответствии с действующим порядком ознакомления с медицинской документацией.

2.2.6. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;

2.2.7. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Заказчика/Потребителя за медицинскими услугами и состоянии его здоровья в соответствии с законодательством о врачебной тайне;

2.2.8. Информировать Заказчика (по возможности – письменно и под расписку Заказчика) о рисках предстоящих медицинских процедур;

2.2.9. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется 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".

2.2.10. Организовывать и оказывать медицинские услуги:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2.11. Предоставлять платные медицинские услуги, качество которых соответствует условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам;

2.2.12. Предоставлять медицинские услуги только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;

2.2.13. Предоставлять потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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;

б) 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

**3.  ПРАВА СТОРОН**

**3.1. Исполнитель вправе:**

3.1.1. В случае отказа Заказчика/Потребителя от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;

3.1.2. Отказаться от предоставления услуг Заказчику/Потребителю в случаях, если тот хотя бы дважды безосновательно отказался от назначений специалистов (врачей) Исполнителя, посещения назначенного осмотра, не выполняет настоящий договор, замечен в попытке обмана или обмане персонала Исполнителя, необоснованных обвинениях Исполнителя и персонала ООО «ДМЦ «Забота», а также действиях, которые могут вызвать конфликт между Заказчиком/Потребителем и персоналом ООО «ДМЦ «Забота»;

3.1.3. Вносить изменения в действующий прейскурант цен на платные медицинские услуги. Заказчик/Потребитель информируется об этом при очередном обращении в медицинский центр. Приложение 1 к договору может не распечатываться заново (с изменениями). Стоимость услуг в период конкретного обращения оформляется приложением к договору.

**3.2. Заказчик/Потребитель вправе:**

3.2.1. Потребовать дополнительных разъяснений в отношении состояния своего здоровья, предложенных методов диагностики и лечения, если ранее предложенные ему объяснения были ему не ясны;

3.2.2. Отказаться от выполнения медицинских назначений специалистов (врачей) Исполнителя, если обнаружит, что эти назначения ухудшают или могут ухудшить его здоровье. В этом случае Заказчик при первой возможности сообщает специалистам Исполнителя о своем отказе и его причинах. Если специалисты Заказчика продолжают настаивать на выбранных назначениях, а Заказчик продолжает отказываться от их выполнения, данные обстоятельства указываются в карте Потребителя лечащим врачом, специалистом;

3.2.3. Самостоятельно, на основе действующего прейскуранта, определять перечень услуг, которые он желает получить в рамках настоящего договора, с учетом рекомендаций, полученных от медицинского персонала;

3.2.4. Обратиться к руководству Медицинского центра с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг;

3.2.5. Отказаться от исполнения настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством.

**4.  СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

 4.1.  Настоящий договор вступает в силу с момента заключения и действует до момента письменного расторжения договора.

4.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему  Договору в помещениях ООО «ДМЦ «Забота». Услуги оказываются в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем на момент обращения Заказчика/Потребителя по предварительному согласованию конкретной даты и времени оказания конкретной услуги.

4.3. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Потребителя на прием. При опоздании менее чем на 15 минут время предоставления услуги сокращается на время опоздания Потребителя.

4.4. На приеме с несовершеннолетними Потребителями должны присутствовать законные представители (Заказчики по договору или их доверенные лица) с учетом исключений в соответствии с 323ФЗ.

4.5. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Заказчиком, а также право внеочередного приема Потребителя с симптомами острого заболевания.

4.6. В случае оказания Потребителю стоматологических услуг, Стороны обязуются выполнять следующие гарантийные условия:

* На пломбы предоставляется гарантия 1 (Один) год с даты оказания соответствующих услуг.
* Гарантия на работу с зубами, которые были ранее пломбированы или покрыты коронками без лечения корневых каналов в другой клинике и требуют замены пломбы или коронки, составляет 1 (один) год с даты оказания соответствующих услуг.
* В случае неудовлетворительного показателя индекса гигиены полости рта, в зависимости от его значения, гарантия на все работы может быть частично или полностью снята, о чем делается соответствующая запись в истории болезни Потребителя.
* Лечение должно быть закончено полностью в соответствии с планом лечения. Если лечение не закончено и во рту были оставлены кариозные зубы, старые несостоятельные пломбы и ортопедические конструкции, являющиеся постоянным источником кариесогенной инфекции и требующие замены, срок гарантии на все выполненные работы уменьшается вдвое.
* При возникновении проблем с какой-либо стоматологической конструкцией Заказчик обязан уведомить лечащего врача в срок до 7 (семи) календарных дней включительно и как можно быстрее обратиться в клинику в сроки, определенные лечащим врачом после его уведомления. При несвоевременном обращении и длительной отсрочке обращения по вине Заказчика гарантия не предоставляется.

Гарантия не предоставляется:

- при одновременном лечении в другой клинике без предварительного уведомления лечащего врача и соответствующей записи в истории болезни;

- при любом самостоятельном вмешательстве Потребителя в стоматологическую конструкцию;

- при появлении осложнений, возникающих по причине неявки пациента в срок, указанный врачом, или в связи с несоблюдением врачебных рекомендаций и назначений.

Гарантия  не распространяется на случаи последствий травм и заболеваний, повлекших нарушение состояния зубочелюстной системы (переломы зубов и челюстей, костей лицевого скелета, тяжелые системные заболевания, лучевая и химиотерапия, оперативные вмешательства и т.п.).

Гарантия на хирургические манипуляции составляет 1 (один)  месяц при удовлетворительной  гигиене полости рта.

Гарантия на любые работы на зубах, каналы которых ранее были пролечены не в ООО «ДМЦ «Забота», составляет 1 (один) месяц. Перелечивание таких зубов является очень рискованным и непредсказуемым процессом. Перелечивание корневых каналов является одной из наиболее дорогих и ресурсоемких манипуляций. Если результат перелечивания не будет положительным и зуб будет удален в сроки более 1 (одного) месяца от окончания лечения каналов, деньги за лечение этого зуба не возвращаются.

В случае предоставления Заказчиком недостоверных сведений при оформлении медицинской документации Исполнитель имеет право отказать Потребителю в гарантии на выполненные услуги либо сократить сроки ее действия.

4.7. Все лабораторные исследования проводятся в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление соответствующих видов деятельности, и лабораторию, с которыми у Исполнителя имеются договоры на проведение таких исследований, заключенные в надлежащей форме. Заказчик может получить подробную информацию о лаборатории, ее лицензии и сроках проведения анализов у Исполнителя, как в письменной, так и в устной форме.

**5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

5.1. Заказчик  в соответствие с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. “О персональных данных” № 152-ФЗ, на период действия настоящего Договора дает свое согласие на обработку персоналом медицинского центра (Исполнителя)  своих персональных данных, а также персональных данных несовершеннолетнего пациента, если Заказчик является его представителем (обработке подлежат данные, которые включены в договор, а также данные, которые необходимы для оказания медицинских услуг),  в целях получения услуг. Согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении Персональных данных, которые необходимы для достижения вышеуказанных целей, включая без ограничения: сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, а также осуществление любых иных действий с персональными данными в соответствии с действующим законодательством в целях оказания услуг в рамках заключенного договора. Обработка персональных данных осуществляется Исполнителем следующими способами: обработка персональных данных с использованием средств автоматизации, обработка персональных данных без использования средств автоматизации (неавтоматизированная обработка). При обработке персональных данных Исполнитель не ограничен в применении способов их обработки. Заказчик выражает согласие, что в случае необходимости Исполнитель вправе предоставить персональные данные Потребителя для достижения указанных выше целей третьему лицу (в том числе контрагенту, с которым заключен договор на проведение исследований).

5.2. Стороны  принимают взаимные обязательства по сохранению  в тайне любой информации, полученной от другой Стороны при исполнении условий настоящего договора. Предоставление любой информации возможно либо по письменному согласию второй стороны, либо в экстренной ситуации, требующей неотложного вмешательства, при неспособности Заказчика/Потребителя дать письменное согласие.

5.3.  Результаты медицинских обследований персоналом Медицинского Центра по телефону Пациентам не сообщаются. При указании адреса электронной почты при оформлении приложения к договору с указанием услуг или заявления о направлении результатов исследований на электронную почту результаты исследований могут быть направлены на электронную почту, указанную Потребителем/Заказчиком.

**6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

6.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему Договору, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель  освобождается  от  ответственности  за неисполнение  или   ненадлежащее  исполнение  настоящего   Договора, причиной  которого  стало  нарушение  Заказчиком  условий  настоящего Договора,   а    также   по    иным   основаниям,    предусмотренным законодательством РФ.

6.3. При возникновении задолженности Заказчика за оказанные услуги Исполнитель имеет право приостановить дальнейшее оказание услуг по настоящему Договору до полной оплаты услуг.

6.4. Сторона считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке.

6.5. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Потребителем рекомендаций по лечению и совершения иных действий, направленных на ухудшение здоровья Потребителя.

6.6. Исполнитель не несет ответственности также в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания услуг Исполнителем.

6.7. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Заказчик не исполнил обязанность по информированию врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации.

6.8. Исполнитель не несет ответственность за наступление от применения лекарственных средств и препаратов побочных эффектов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

6.9. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные им убытки, если Исполнитель не смог оказать медицинские услуги или был вынужден прекратить их по вине Заказчика/Потребителя.

6.10. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Заказчиком/Потребителем Заказчик обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются неотъемлемой его частью. Все изменения вносятся в договор в письменном виде, кроме изменения действующего прейскуранта, а также случаев, когда изменения обязательны в соответствие с законодательством РФ.

7.2. Настоящий договор, может быть, расторгнут в соответствие с действующим законодательством РФ, кроме случаев расторжения, предусмотренных самим договором.

**8. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

8.1. Все споры,  вытекающие  из  настоящего  Договора,   разрешаются сторонами путем переговоров.  В случае невозможности  урегулирования споров путем переговоров, все споры сторон по настоящему договору и в связи с ним, по которым стороны не могут прийти к обоюдному согласию, подлежат разрешению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

**9.  ДРУГИЕ УСЛОВИЯ**

9.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

**10. ПОДПИСИ СТОРОН**

**«ЗАКАЗЧИК» «ИСПОЛНИТЕЛЬ»**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/М.В. Шевченко |

Ознакомлен с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Рязанской области.

Ознакомлен с Государственной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Также ознакомлен с прейскурантом цен на анализы (исследования биологического материала) и организацией-исполнителем данных работ.

Также ознакомлен с возможностью получения направлений в медицинские организации, имеющие возможность выполнения иных исследований, получения иной медицинской помощи по направлению в случае необходимости (рентген, МРТ, консультации специалистов, стационар и т.п.), ознакомлен с тем, что консультации специалистов могут быть получены по договору с ООО «Медицинский центр «Забота» (необходимые в рамках профилактических осмотров и в иных случаях, в том числе: детского уролога-андролога, гинеколога, детского эндокринолога, аллерголога-иммунолога, гастроэнтеролога)

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |  |

Приложение к договору

на оказание платных медицинских услуг

(В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н)

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

**ООО «Медицинский центр «Забота» (далее - Медицинский центр)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

"\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в [Перечень](consultantplus://offline/ref=117454950AAC55DE786DA78F6FB711FF4F84422AE6A0D9B1F51DD6446CC92E5939EEB106472F2F476E0A3AD7847968516E1FD01169C390EF19CFK) 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Медицинском центре.

Медицинским работником Главный врач Боровой А.А.

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, чтоя имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в [Перечень](consultantplus://offline/ref=117454950AAC55DE786DA78F6FB711FF4F84422AE6A0D9B1F51DD6446CC92E5939EEB106472F2F476E0A3AD7847968516E1FD01169C390EF19CFK), или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](consultantplus://offline/ref=117454950AAC55DE786DA78F6FB711FF4D8E4227E1A0D9B1F51DD6446CC92E5939EEB106472F2D41640A3AD7847968516E1FD01169C390EF19CFK) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с [пунктом 5 части 5 статьи 19](consultantplus://offline/ref=117454950AAC55DE786DA78F6FB711FF4D8E4227E1A0D9B1F51DD6446CC92E5939EEB1014727241336453B8BC1297B51691FD313751CC0K) 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), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия,  имя,  отчество  (при  наличии)  гражданина,  контактный телефон)

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия,  имя,  отчество  (при  наличии)  гражданина,  контактный телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)   (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Боровой А.А.                         "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

 (подпись)                                                    (дата оформления)