**УВЕДОМЛЕНИЕ**

До заключения договора возмездного оказания медицинских услуг:

Мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) в доступной форме **предоставлена информация** о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи **без взимания платы** в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и разъяснено, что ООО «Альтаир 03» НЕ участвует в системе ОМС (обязательное медицинское страхование) по реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

1. Я уведомлен(-а) о том, что **несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя** (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, **может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента** (физического лица, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания или от его состояния).

*Подпись:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **ДОГОВОР возмездного оказания медицинских услуг**

г. Владивосток «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ г.

Гражданин / гражданка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения; серия и номер паспорта, кем и когда выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зарегистрированный(-ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(-ая) далее по тексту «Пациент» действующий(-ая) лично от своего имени и в своих интересах (либо именуемый(-ая) далее «Заказчик» в случае, когда действует в интересах третьего лица (пациента): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного (-ой) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Альтаир 03»** (ООО «Альтаир 03», 690091, г. Владивосток, Океанский проспект, д.29, пом.1, тел. 8(423) 243-14-15, сайт: <https://kpkmedic.ru>, именуемое далее «Исполнитель», в лице директора Скок Ирины Геннадьевны, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий договор (далее по тексту – Договор) о следующем.

**1. Предмет договора**

1.1.В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Заказчику/Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент/Заказчик обязуется принять и своевременно оплачивать оказанные медицинские услуги. Перечень оказанных Исполнителем Пациенту услуг и их стоимость указаны в Приложениях к настоящему договору (*Соглашениях (актах) об оказании платных медицинских услуг*), являющихся неотъемлемой частью договора.

1.2. Медицинские услуги, включая их наименование, количество, цену и итоговую стоимость, перед их оказанием согласовываются врачами и иными специалистами Исполнителя с Пациентом/Заказчиком. Стоимость Услуг, согласованная Сторонами, может быть изменена по результатам очной консультации Пациента с врачом и выявлением ранее неизвестных Исполнителю факторов, влияющих на план лечения/обследования.

1.3. Максимальный срок оказания исполнителем конкретной медицинской услуги пациенту составляет пятнадцать рабочих дней.

1.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги пациентам по адресу: Приморский край, г. Владивосток, Океанский проспект, д.29, в установленные и доведенные до сведения Пациента/Заказчика часы работы, по предварительной записи.

1.5. Медицинские услуги оказываются после подписания Пациентом/Заказчиком (его законным представителем) информированного добровольного согласия, за исключением случаев, когда оказание медицинских услуг без получения информированного добровольного согласия предусмотрено законодательством Российской Федерации, а также согласия на передачу и обработку персональных данных Пациента.

1.6. Пациент/Заказчик информирован о методах оказания медпомощи и связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, последствиях и ожидаемых результатах оказания медпомощи.

1.7. Пациент уведомлён о том, что в процессе оказания услуг может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается Исполнителем с Пациентом/Заказчиком и указывается в плане лечения/ обследования.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. **Исполнитель обязуется:**

2.1.1. Обеспечивать Пациента/Заказчика в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации специалистов.

2.1.2. Оказать медицинские услуги, соответствующие установленным законодательством Российской Федерации требованиям к их оказанию.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну.

2.2. **Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Требовать от пациента выполнения всех предписаний, назначений, рекомендаций и условий, обеспечивающих своевременное, эффективное и качественное оказание медицинских услуг (режим, диета, ограничение нагрузок, отказ от курения и употребления спиртных напитков и др.).

2.2.2. В случае возникновения у пациента состояний, угрожающих жизни пациента, самостоятельно определять объем исследований, иных медицинских вмешательств, необходимых для оказания медицинской помощи в экстренном порядке.

2.2.3. Принять в качестве расчета за оказанные медицинские услуги медицинскую страховку пациента на условиях и в порядке, предусмотренных договором исполнителя со страховой организацией по программе добровольного медицинского страхования.

2.2.4. Оказать медицинские услуги лично, то есть исполнить обязательства по настоящему договору своими силами и средствами, а также привлечь к исполнению своих обязательств третьих лиц.

2.2.5. В случае опоздания пациента на назначенный прием для лечения или профилактического осмотра отказаться от приема пациента в этот день и по согласованию с ним назначить другой день и время приема.

2.2.6. После исполнения Договора выдать Пациенту/Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинской услуги, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в течение трёх дней.

2.2.7. Медицинский персонал Исполнителя вправе осуществлять фото- и видеосъемку Пациента/Заказчика с его согласия в лечебных и диагностических целях для достижения наилучшего результата оказываемой услуги, без права распространения полученных фото- и видеоматериалов вне Клиники Исполнителя.2.2.8. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять перечень предоставляемых медицинских услуг, порядок и сроки их оказания и стоимость медицинских услуг путем внесения соответствующих изменений в Прейскурант услуг и цен.

2.3. **Пациент/заказчик обязуется:**

2.3.1. До начала оказания медицинских услуг ознакомиться с действующим у Исполнителя на дату оказания услуг прейскурантом, который находится в доступном для Пациентов месте на специально оборудованных информационных стендах.

2.3.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное оказание платных медицинских услуг, сообщать исполнителю необходимые для этого сведения.

2.3.3. Сообщить работникам исполнителя сведения о своем здоровье, о перенесенных и сопутствующих заболеваниях, аллергических реакциях и иных сведениях о своем здоровье, непереносимости медицинских препаратов, излучений, иные сведения так как это важно для подбора лечебных манипуляций и лекарственных препаратов, а также для исключения возможных неблагоприятных исходов при проведении лечения и составления наиболее оптимального лечения.

2.3.4. Оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и сроки и на условиях, установленные разделом 3 настоящего Договора.

2.3.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка исполнителя, правила оказания медицинских услуг, утвержденные исполнителем, в течение всего периода пребывания, получения услуг.

2.3.6. Соблюдать предписанный врачом режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности пациента и правила поведения пациента в ООО «Альтаир 03».

2.3.7. Подписать информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства.

2.3.8. Пациент/Заказчик выражает полное и безоговорочное согласие на использование его данных для поддержания с ним связи любым способом, включая телефонные звонки на указанные им стационарные и/или мобильные телефоны, отправку SMS сообщений и сообщений в мессенджеры на указанный мобильный телефон, отправку электронных писем на указанный им электронный адрес с целью уведомления, а так же информирования об акциях, предложениях и новостях «Клиники на Комарова».

**2.4.Пациент/заказчик имеет право:**

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.4.3. Получить полную и достоверную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, в том числе и при изменениях в ходе лечения, о возможных реакциях организма на препараты и лечебные действия.

**3. порядок расчетов**

3.1. Цену настоящего договора составляет стоимость всех оказанных по настоящему договору услуг согласно прейскуранту, на медицинские услуги Исполнителя, действующему на момент оказания услуги, который находится в доступном для Пациентов на специально оборудованных информационных стендах. Окончательная цена за оказываемую услугу указывается *в соглашениях (актах) об оказании платных медицинских услуг*, выдаваемых Пациенту/Заказчику на руки и являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2. Оплата оказанных медицинских услуг по настоящему договору осуществляется Пациентом/Заказчиком в полном объеме в день оказания услуг путем внесения денежных средств в кассу исполнителя после оказания медицинских услуг или путём перечисления суммы денежных средств на расчетный счет исполнителя. Осуществление оплаты означает согласие Пациента с объёмом оказанных медицинских услуг и с их стоимостью.

3.3. В случае если пациент имеет право получать по программе добровольного медицинского страхования соответствующие медицинские услуги, а у исполнителя имеется соответствующий договор со страховщиком пациента, то оплату оказанных пациенту медицинских услуг производит страховая компания. При исключении страховщиком из оплаты оказанных исполнителем пациенту медицинских услуг по настоящему договору (по любым основаниям) всей денежной суммы либо ее части, пациент обязуется выполнить условия в пункта 3.2. настоящего договора в полном объеме, не позднее семи дней с момента уведомления его исполнителем об этом.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае нарушения Пациентом/заказчиком условий п. 3.2 настоящего договора, Пациент/Заказчик уплачивает пеню в размере 0,5 % от суммы оказанных, но не оплаченных, услуг за каждый день просрочки платежа.

4.2. В случае нарушения пациентом/заказчиком условий настоящего договора, исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, за качество оказанных медицинских услуг и их результаты, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.3. Меры ответственности сторон, не предусмотренные в настоящем договоре, применяются в соответствии с нормами гражданского законодательства, действующего на территории Российской Федерации.

4.4. Исполнитель несет перед Пациентом/Заказчиком ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни пациенту.

4.5. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги Пациент/Заказчик не исполнил обязанность по информированию Исполнителя о перенесенных им заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или не соблюдал рекомендации по подготовке к проведению исследований и рекомендации по лечению, если оказание медицинской услуги ненадлежащего качества и/или причиненный вред явились следствием отсутствия у Исполнителя такой информации и/или несоблюдения указанных рекомендаций.

4.6. Ни одна из сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если невыполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля сторон, препятствующие выполнению настоящего договора, возникшие после заключения договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**5. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1.Настоящий договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

5.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считается действительным при условии, если они совершены в письменной форме.

5.4.В случае отказа Пациента/Заказчик после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор считается расторгнутым. Исполнитель информирует Пациента/Заказчика о расторжении договора по инициативе пациента, при этом Пациент/Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**6. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ**

6.1. ООО «Альтаир 03» зарегистрировано и внесено в Единый государственный реестр юридических лиц 10.04.2003 ИФНС по Фрунзенскому району г. Владивостока ОГРН 1032502262638, ИНН 2540093229, КПП 251101001, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-25-01-004879, дата предоставления 22.01.2020 Министерством здравоохранения Приморского края бессрочно (адрес: 690007, г. Владивосток, ул. 1-я Морская, дом 2, телефон: 8(423)241-14-15).

**7. Заключительные положения**

7.1. Пациент (его законный представитель) уведомлен в доступной для него форме, что договор возмездного оказания медицинских услуг должен заключаться пациентом/заказчиком и исполнителем в письменной форме. В случае отказа пациента/заказчика от подписания договора и при получении пациентом медицинской услуги и (или) ее оплаты полностью либо частично (в том числе за счет средств страховщика пациента) данный договор будет считаться заключенным (на основании п.1 ст.438 ГК РФ).

7.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до окончания наблюдения пациента у исполнителя и завершения расчетов между сторонами.

**ПоДПИСИ СТОРОН**

**Пациент:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Заказчик**

ООО «Альтаир 03,

690091, г. Владивосток, Океанский проспект, д.29, пом.1,

ОГРН 1032502262638, ИНН 2540093229, КПП 251101001

тел. 8(423) 243-14-15

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /И.Г.Скок/