**Договор № \_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | *«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.* |

**ООО «САД ЗДОРОВЬЯ»** зарегистрированное в качестве юридического лица» 02» сентября 2020 г.,именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Управляющего - индивидуального предпринимателя Котикова Дмитрия Евгеньевича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* , именуемая(-ый) в дальнейшем «Заказчик» или «Пациент» (потребитель медицинской услуги), с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

**1.1.** В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания(-ний), состояния(-ний), реабилитации, консультированию, а также иные услуги *в соответствии с лицензией № ЛО41-01137-77/00037286 от «29» марта 2022 г. на осуществление медицинской деятельности, выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006 г. Москва, Оружейный переулок, д.43, тел.* *+7 (495) 777-77-77; +7 (499) 251-83-00):*

(далее – услуги) направленные на достижение цели договора, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

**1.2.** Медицинские услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя, указанных в его Прейскуранте (перечне платных медицинских услуг), действующем на момент оказания услуги.

**1.3.** Целью оказания услуги является устранение или облегчение проявлений заболеваний (состояний) Пациента, сохранение, продление, повышение качества жизни Пациента, восстановление, улучшение, поддержание его здоровья.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

**2.1.** Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в месте осуществления деятельности по следующим адресам: ***129323, г. Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 38, корп.1;***

***129323, г. Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 38, корп.2,*** в соответствии с перечнем оказываемых услуг (работ),

**2.2.** Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются при наличии соответствующих заявлений и (или) информированных добровольных согласий Пациента на медицинские вмешательства в соответствии с требованиями законодательства РФ.

**3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

**3.1.** Медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Пациентом по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках согласуемого с Пациентом плана лечения.

**3.2.** Оплата медицинских услуг Пациентом производится в следующем порядке:

**3.2.1** Услуги подлежат 100 % оплате до начала их оказания, или иным способом по согласованию с Исполнителем.

**3.3.** Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору наличными денежными средствами производится в кассу ООО «САД ЗДОРОВЬЯ» с выдачей Пациенту документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца). Оплата за оказание медицинских услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в том числе посредством оплаты платежными картами.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

**4.1. Пациент имеет право:**

4.1.1. на информацию об Исполнителе и оказываемой медицинской и иной услуге;

4.1.2. на соблюдение Исполнителем разумных сроков оказания медицинских услуг, исходя из их специфики, течения заболевания, наличия осложнений. Предварительный срок оказания медицинских услуг указывается в плане лечения, согласуемом с Пациентом и отражённом в амбулаторной карте пациента (иной медицинской документации).

4.1.3. на соблюдение качества медицинской помощи при разумном соответствии действий Исполнителя, в условиях обоснованного риска, тяжести заболевания, состояния Пациента или иным объективным условиям оказания услуги;

4.1.4. на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги или привести к невозможности исполнения Договора.

**4.2. Пациент обязан:**

4.2.1. исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями настоящего Договора, а также обязательствами и требованиями закона, иных правовых актов, а при их отсутствии – в соответствии иными обычно предъявляемыми требованиями;

4.2.2. оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, предусмотренном настоящим Договором;

4.2.3. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.2.4. оказывать Исполнителю максимальное содействие в оказании качественной и безопасной медицинской помощи. Применительно к специфике медицинской услуги такими действиями являются:

 - предоставление необходимой Исполнителю объективной и полной информации на всех этапах диагностики, профилактики и лечения (в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, наличии опасных для общества заболеваниях и т.д.);

- немедленное извещение Исполнителя либо посещение его для оказания медицинской помощи при появлении боли, дискомфорта и других жалоб, как в период лечения, так и после его окончания;

- точное выполнение рекомендаций Исполнителя, его медикаментозных и иных назначений;

- соблюдение запланированных сроков приема, включая частоту прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее.

- явка на прием в строго назначенное время, а в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, мешающих явке – информирование Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги.

**4.3. Исполнитель имеет право:**

4.3.1. в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору, при условии отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента, в случае возникновения одного и более из нижеперечисленных обстоятельств:

- невозможность обеспечить безопасность услуги;

- возникновение медицинских противопоказаний для оказания услуги;

- иная невозможность оказать медицинскую услугу.

4.3.2. самостоятельно принимать решение о проведении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его законных представителей в соответствии с законодательством РФ;

**4.4. Исполнитель обязан:**

4.4.1. исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями настоящего Договора, а также обязательствами и требованиями закона, иных правовых актов;

4.4.2. оказывать услуги своевременно при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство;

4.4.3. Проинформировать Пациента в доступной для него форме о правилах и условиях эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему медицинской услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований. Такая информация выдается Пациенту в виде рекомендаций установленного образца, что фиксируется в листе получения рекомендаций Пациентом (иной документации).

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

**5.1.** Стороны несут друг перед другом ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

**5.2.** Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельствах, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

**5.3.** Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения и ухудшения заболевания (-ний), состояния (-ний) Пациента вследствие нарушения самим Пациентом условий настоящего Договора, в частности, невыполнения им предписаний и рекомендаций Исполнителя, не информирования Исполнителя об имеющихся заболеваниях и состояниях.

**5.4.** Невыполнение Пациентом своих обязанностей по настоящему Договору признается его виновными действиями.

**5.5.** Исполнитель не несет ответственности за изменение сроков оказания медицинских услуг, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на назначенный прием, либо невыполнением Пациентом в назначенные Исполнителем сроки необходимых рекомендаций, обследований, специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно.

**5.6.** Пациент соглашается с тем, что он не будет иметь претензий по поводу результатов оказанной услуги, в случае если такие результаты были изменены в ходе оказания ему медицинских услуг другими медицинскими организациями.

**5.7.** Пациент согласен принять на себя ответственность за результат услуги, оказываемой по его настоянию и вопреки рекомендациям врача. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят вреда здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения обязанностей Пациента, указанных в Договоре.

**5.8.** При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков расчета за оказанные услуги Пациент уплачивает Исполнителю неустойку в размере 1% (один процент) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

**6. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО ДОГОВОРА**

**6.1.** Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

**6.2.** При последующем обращении Пациента к Исполнителю за оказанием ему платных медицинских услуг после окончания срока действия Договора, настоящий Договор считается автоматически перезаключенным (пролонгированным), если ни одна из сторон не выразила своих требований по поводу изменения его положений.

**6.3.** В случае, если невозможность исполнения сторонами обязательств по настоящему Договору возникла по иным обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Договор прекращает свое действие.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

**7.1.** Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

**7.2.** Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии соблюдений и выполнения всех обязательств по настоящему Договору, о чем обязана уведомить другую сторону в письменной форме, вследствие чего Договор будет считаться прекратившим свою силу с момента получения соответствующей стороной такого уведомления.

**8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

**8.1.** До предъявления иска, вытекающего из Договора, сторона, считающая, что ее права нарушены (далее - заинтересованная сторона), обязана направить другой стороне письменную претензию. В случае неполучения ответа в разумный срок либо несогласия с ответом заинтересованная сторона вправе обратиться в суд.

**8.2.** Все споры и разногласия, возникающие между сторонами в рамках Договора или в связи с ним, не урегулированные в претензионном порядке, подлежат разрешению в суде по месту нахождения Исполнителя или по месту заключения и исполнения настоящего Договора.

**9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

**9.1.** Сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и подлежат разглашению только при согласии Пациента на их распространение неограниченному или строго определенному кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ. В случаях предоставления Пациенту сторонними медицинскими организациями медицинских услуг, направленных на достижение цели настоящего Договора или иным образом связанных с исполнением настоящего Договора, Пациент, подписывая настоящий Договор, выражает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем и указанными медицинскими организациями сведениями, составляющими его врачебную тайну и относящимися к персональным данным.

**9.2.** Подписывая настоящий Договор Пациент дает согласие на обработку его персональных данных с учетом требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных».

**9.3.** Исполнитель информирует Пациента о том, что в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

**9.4.** Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по Договору, качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

**9.5.** Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

**9.6.** Права и обязанности Пациента могут осуществляться его представителем в силу и в пределах полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления.

**9.7.** Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** |  **ПАЦИЕНТ:** |
| ООО «САД ЗДОРОВЬЯ» Адрес: 129323, г. Москва, ул. Сельскохозяйственная, д. 38, корп. 2, помещ. 3НОГРН: 120770032069*5*ИНН: 9717094337КПП: 771701001Телефон: 8(495) 266 12 12Сайт: http://healthgarden.ru/e-mail: info@healthgarden.ruр/с 40702810502520004490в АО "Альфа-Банк" БИК 044525593к/с30101810200000000593Администратор, действующий на основании Доверенности: | ФИО:Дата рождения:Паспорт: серия  № Выдан:  *(кем, когда)*Зарегистрирован по адресу:Проживающий по адресу *(указывается в случае проживания не по месту* р*егистрации)*тел: e-mail:  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |