**Договор №<Номер>**

**на предоставление платных медицинских услуг**

**Г. Москва <ДАТА>**

**Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Эстетической Медицины «Леге Артис» ОГРН 1027739907502,** именуемоев дальнейшем **«Учреждение»,** действующее на основании имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности

№ Л041-01137-77/00334798 от 30.09.2019 г и в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных услуг», утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 №1006, в лице Генерального директора Глуховской Анны Алексеевны с одной стороны и <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> с другой, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**.

1.1. В соответствии с настоящим Договором Учреждение обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе платные медицинские услуги (далее ПМУ), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, а Пациент берет на себя обязательство оплатить Учреждению стоимость оказанных медицинских услуг в сроки и порядке, оговоренным настоящим договором.

1.2. Объем оказываемых по настоящему договору услуг определяется общем состоянием здоровья Пациента, индивидуальными особенностями организма пациента, индивидуальными особенностями организма Пациента, медицинскими показаниями (противопоказаниями) по лечению выявленных заболеваний (патологий), желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Учреждения.

1.3. Пациент подтверждает, что до заключения договора исполнитель уведомил Пациента о том, что несоблюдение рекомендаций исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых ПМУ, повлечь за собой невозможность завершения договора в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2**. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

2.1. Учреждение:

-Обеспечивает Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы Учреждения, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

-Своевременно и качественно оказывает Пациенту медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, предоставляет разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения, а также условиях оказания медицинских услуг.

-При необходимости проведения медицинских вмешательств (в том числе инвазивных вмешательств и исследований) информирует Пациента о возможных осложнениях.

-Обеспечивает Пациенту непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Пациента или его уполномоченного представителя копии этих медицинских документов.

-Учреждение имеет право в одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.

-Сохраняет конфиденциальность информации о врачебной тайне и персональных данных Пациента в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.2. Пациент:

-Выполняет требования и предписания медицинского персонала Учреждения, в том числе и рекомендации после лечения, соблюдает правила внутреннего распорядка и поведения пациентов, действующих в учреждении.

-Предоставляет Учреждению имеющуюся у него информацию и медицинские документы, характеризующие состояние его здоровья, обеспечивающие качественное выполнение медицинских услуг.

-Подписанием настоящего Договора Пациент гарантирует, что он не относится к категории граждан, оказание которым платных медицинских услуг запрещено действующим законодательством.

-В случае причинения ущерба Учреждению вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действием или бездействием Пациента и/или лиц его посещающих, обязуется в течение трех календарных дней, но не позднее даты выписки из учреждения, возместить Учреждению действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

-Своевременно оплачивает стоимость обследования и лечения в соответствии с условиями Договора по ценам, указанным в Прейскуранте.

-Может отказаться от исполнения Договора, при этом полностью оплатив Учреждению понесенные им расходы.

3**. УСЛОВИЯ, СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ ПО ДОГОВОРУ**

3.1. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется на основании утвержденного действующего прейскуранта на медицинские услуги, оказываемые в Учреждении на момент заключения Договора. Неотъемлемой частью договора являются Перечень ПМУ и счет за оказанные ПМУ. Пациент подписанием настоящего договора и внесением денежных средств подтверждает свое понимание невозможности определения полной стоимости обследования и лечения на этапе заключения Договора.

3.2. В случае если объем оказываемых пациенту ПМУ превышает первоначально заявленный в перечне ПМУ, согласованном на дату подписания договора, Пациент подписанием нового дополнительного счета соглашается, что он является также дополнением к ранее заявленному Перечню ПМУ

3.3. Окончательный расчет стоимости оказанных медицинских услуг производится в день оказания услуги при амбулаторном лечении или в день выписки при стационарном лечении Пациента с оформлением счета, акта выполненных медицинских услуг. В случае неподписания Пациентом акта выполненных медицинских услуг и непредставления письменного мотивированного отказа от подписания данного Акта в срок не позднее дня выписки Пациента, Акт считается подписанным, а услуги оказанными в день выписки пациента. Возврат излишне уплаченных денежных средств пациенту осуществляется после окончания взаиморасчетов в день выписки пациента по расходному кассовому ордеру установленного образца.

3.4. При невозможности исполнения Учреждением обязательств по Договору, возникших по вине Пациента, или в случае досрочного расторжения Договора по инициативе Пациента, или иным причинам, не зависящим от Учреждения, стоимость оказанных услуг и понесенные учреждением расходы подлежат оплате Пациентом в полном объеме.

3.5 При выявлении сопутствующих или конкурирующих заболеваний, их лечение согласовывается дополнительно с Пациентом или его представителем.

3.6. В случае если оплата услуг производится третьим лицом, третье лицо должно быть ознакомлено Пациентом с условиями настоящего Договора.

3.7. Учреждение самостоятельно вырабатывает рекомендации и методы по предоставлению Пациенту медицинских услуг.

3.8. Учреждение имеет право устанавливать скидки на оплату медицинских услуг, производимых самим Учреждением. Размер скидки и категория пациентов, которым она предоставляется, устанавливается Приказом по Учреждению. Скидка предоставляется в момент заключения договора на основании предъявляемого пациентом документа, дающего право на льготы, и не может быть представлена после начала оказания медицинской услуги.

3.9. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебного режима и т.п., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объекте.

4**. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Претензии и споры, возникшие между Пациентом и Учреждением, разрешаются по соглашению Сторон, в том числе с привлечением независимых экспертов, либо в судебном порядке в соответствии с Законодательством РФ. Все вопросы, связанные с расходами на проведение независимой экспертизы, Сторона, инициирующая экспертизу, решает в соответствии с действующим законодательством.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, военные действия, массовые забастовки, запретительные меры органов государственной власти и др.), а также в иных случаях, предусмотренных законодательством, действующим на территории РФ.

4.4. Учреждение не несет ответственности за качество расходного медицинского материала, приобретенного Пациентом самостоятельно и использованного при лечении.

4.5. Учреждение освобождается от ответственности в случаях возникновения осложнений и побочных эффектов, если Пациент не проинформировал врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях противопоказаниях.

4.6. Учреждение не несет ответственности за наступление любых осложнений, в том числе летального исхода, если медицинские услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

5**. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА.**

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до 31 декабря текущего года.

5.2. Если ни одна из Сторон не заявит о своем намерении прекратить отношения по настоящему Договору не менее чем за 30 календарных дней до истечения срока действия настоящего Договора, Договор считается пролонгированным на один календарный год.

5.3. Настоящий Договор может быть изменен, либо досрочно прекращен:

-по обоюдному согласию;

-при наступлении обстоятельств непреодолимой силы или их последствий;

- по инициативе одной из сторон в одностороннем порядке, при условии письменного уведомления другой стороны не менее чем за 30 дней;

-по решению суда в случае нарушения условий данного Договора одной из Сторон.

6.**РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **« Учреждение»**  **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Эстетической Медицины «ЛЕГЕ АРТИС»**  **119435, Москва, Б.Саввинский переулок 12, стр.12, помещение VI, этаж 1**  **Телефон +7(495)108-2150;**  **ИНН/КПП 7731179300 / 770401001**  **ОКВЭД 86.21**  **Р/с № 40702810400040000509**  **АО «СМП БАНК» г. Москва**  **БИК 044525503**  **ОГРН 1027739907502**  **Генеральный директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Глуховская А.А.** | **«Пациент»**   |  | | --- | | <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> <ПАЦИЕНТ\_ДР> года рождения.  Адрес: <АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>  Телефон: <ТЕЛЕФОН>. | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_<ПАЦИЕНТ\_ФИО> | |

# ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, нижеподписавший(ая)ся <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> <ПАЦИЕНТ\_ДР>, проживающий(ая) по адресу: <АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, контактный телефон <ТЕЛЕФОН>.

Информирован(а) о возможности получения и условиях предоставления бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания населению города Москвы бесплатной медицинской помощи на 2017 г.. Пациент уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

Мною добровольно, без какого-либо принуждения выбраны виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Учреждении и согласен(на) их оплатить.

Я в соответствии со ст. 9 ФЗ «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю своё согласие на обработку персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, дату рождения, адрес, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья в целях оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну. Я предоставляю право выполнять все действия с вышеуказанными данными, включая внесение их в электронную базу данных с соблюдением мер по их защите от несанкционированного доступа. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение, может осуществляться только с моего письменного согласия.

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.