

Уведомление перед подписанием договора

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.

Уведомлен _____
подпись Потребителя

ДОГОВОР № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Челябинск

« ____ » _____ 202_ г

ООО «МКЦ «Арт-Медика», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО _____ должность, действующего на основании доверенности № _____ от _____ 202_ г. (Выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01024-74/00311151 от 20.01.2017 г., выдана Министерством здравоохранения Челябинской области, телефон 8(351)263-52-62, действует бессрочно) с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, действующим на момент получения услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке, указанные в дополнительном соглашении к договору, являющегося его неотъемлемой частью.

1.1.1. Медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

1.1.2. Платные медицинские услуги организуется и оказываются в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", а также в соответствии со статьей 779 ГК РФ, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

1.2. Перечень и сроки оказания медицинских услуг, утверждаются дополнительным соглашением к Договору.

1.3. Сроки ожидания платных медицинских услуг составляют от 1 дня до 90 дней на отдельные виды медицинских вмешательств.

1.4. Исполнителем к оказанию медицинских услуг могут быть привлечены третьи юридические лица, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг.

1.5. В целях исполнения требования статей 79 и 91 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и пункта 36 Постановления Правительства РФ от 09.02.2022 №140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» Потребитель предоставляет номер страхового номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС).

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в объеме, согласованном Сторонами.

2.1.2. Аргументировать и согласовать с Потребителем, необходимость оказания дополнительно оплачиваемых медицинских услуг.

2.1.3. В случае необходимости оказания медицинской помощи по услугам: рентгеновского кабинета, магнито-резонансной томографии, клиничко-диагностической лаборатории, трансфузиологического кабинета, консультации врачей специалистов по профилю: терапия, неврология, дерматовенерология, педиатрия, оториноларингология, офтальмология, гинекология, хирургия, урология и оказание медицинской помощи в палате реанимации и интенсивной терапии пациент дает свое согласие на оказание помощи в ООО МЦ «МЕДЕОР» ИНН 7452123748/КПП745201001 ОГРН 1157456003814, адрес местонахождения 454071, г.Челябинск, ул.Горького, 16.

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги в порядке и сроки, которые установлены договором.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (в лице медицинского работника) все известные сведения о состоянии здоровья, в т.ч. обо всех аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, заключения и результаты диагностических обследований, выполненных в других медицинских организациях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. При предоставлении медицинских услуг незамедлительно сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги, либо по телефону администратору медицинской организации по номеру 8(351) 775-19-18, 775-19-88) о любых изменениях самочувствия, в том числе о нежелательных реакциях на применение назначенных лекарственных препаратов, возникших осложнениях после медицинских манипуляций.

2.2.4. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя по согласованному номеру телефону: 8(351) 775-19-18, 775-19-88 администратору, не менее чем за 2 часа (два часа) до времени начала их оказания.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. На перенос времени или даты оказания услуги Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения, или иных противопоказаний для оказания плановой медицинской помощи;

- в случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, без предупреждения Исполнителя за 2 часа до времени оказания услуги, в связи с невозможностью оказания качественной услуги в оставшееся для приема время.

2.3.2. На задержку приема не более 15 минут в связи с непрогнозируемой сложностью оказания медицинской помощи предыдущему пациенту или возникновением необходимости оказания неотложной помощи.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения;

2.4.2. На устранение недостатков оказанных услуг в разумный срок, согласованный Сторонами в отдельном соглашении, согласно статье 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1«О защите прав потребителей».

2.4.3. На возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, определяется действующим Прейскурантом на момент получения услуги, с которым Потребитель ознакомлен на сайте медицинской организации, стенде-

стойке в ООО «МКЦ «Арт-Медика» или у администраторов клиники, до подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.2. В процессе медицинского вмешательства, при возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам объективного осмотра, обследования и лечения, стоимость услуг может быть увеличена при получении устного согласия Потребителя, с фиксацией в медицинской документации пациента и последующим подтверждением факта оказания услуги в Акте выполненных медицинских услуг.

3.2.1. Потребитель оплачивает согласованные дополнительные услуги в течении 2 (двух) банковских дней с даты фактически оказанных услуг.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в день подписания Акта с подтверждением факта оказания услуг, любым удобным законным способом, на отдельные медицинские услуги может быть осуществлена предоплата, во время предварительной записи на медицинскую услугу.

3.3.1. При оказании услуг Потребителю по программам добровольного медицинского страхования услуги, не входящие в перечень утвержденной программы, услуги оплачиваются Потребителем самостоятельно; при отказе страховой компанией оплачивать медицинские услуги, оказанные Потребителю, Потребитель обязан оплатить их стоимость самостоятельно в течение 10 дней после официального отказа оплаты страховой компанией. Документом, подтверждающим оказание услуги является реестр оказания услуг, содержащий личную подпись Потребителя.

3.4. Потребитель обязан подписать Акт выполненных медицинских услуг или представить свои мотивированные возражения в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае непредоставления Потребителем мотивированных возражений в указанный срок услуги считаются оказанными в полном объеме и с надлежащим качеством.

4. Ответственность сторон

4.1. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель, путем размещения информации на интернет-сайте медицинской организации: www.art-medica.ru, на стенде-стойке в зале ожидания, через администратора:

- что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила поведения пациента в медицинских организациях.

- что 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;

- ознакомил с перечнем медицинских организаций, с которыми у ООО «МКЦ «Арт-Медика», заключены договоры на оказание медицинских услуг, а также для контроля качества медицинских услуг;

- ознакомил с Правилами поведения пациента ООО «МКЦ «Арт-Медика», обязательные для исполнения пациентов и их сопровождающих в ООО «МКЦ «Арт-Медика»;

- уведомил его о возможности получения соответствующих 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.

4.2. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он осознает, что данные медицинские услуги входят в территориальную программу государственных гарантий и Потребитель их может получить бесплатно по месту прикрепления в медицинской организации, но желает получить эту услугу платно в конкретном ООО «МКЦ «Арт-Медика».

4.3. Исполнитель довел до Потребителя информацию о форме заявлении, опубликованном на сайте www.art-medica.ru, вкладка: <https://art-medica.ru/o-klinike/dokumenty-kliniki/>, а также сообщает почтовый адрес: 454007, г. Челябинск, проспект Ленина 12 «А», email: marketing.art-medica@mail.ru, на которые может быть направлено обращение (жалоба) на качество медицинских услуг.

4.4. Исполнитель определил порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов: заключение врача-специалиста на бланке с подписью врача, в котором содержится диагноз, обследование и лечение (назначения лекарственных средств и рекомендации по режиму). Иные медицинские документы: копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы, в соответствии с сроками и условиями, утвержденными Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

4.5. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.6. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье, нарушения графика приема медицинских сотрудников, невыполнение назначений и рекомендации, выданных медицинским работником Исполнителя, самостоятельного лечения Потребителя.

4.7. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору.

5.2. При отказе Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг по одному экземпляру для каждой Стороны. имеющих равную юридическую силу.

6.2. Договор вступает в силу даты его заключения и действует 1 год, по ____ ____ 20 ____ г. включительно, а в части взаиморасчетов - до полного исполнения Сторонами своих обязательств. Если не менее, чем за один месяц до окончания срока действия настоящего Договора, ни одна из Сторон не направит другой Стороне уведомление о прекращении настоящего Договора, настоящий Договор автоматически пролонгируется на один год.

6.3. Срок хранения договора в ООО «МКЦ «Арт-Медика» 5 лет.

7. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

ООО «МКЦ «Арт-Медика»
ИНН 7452074434 / КПП 745201001
ОГРН 1107400000069
454007, Челябинск, пр. Ленина, 12А
Р/с 40702810409280004436
в Филиале «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)
г. Москва, БИК 044525411
к/с 30101810145250000411
Выписка из реестра лицензий на осуществление
медицинской деятельности
ЛО41-01024-74/00311151 от 20.01.2017 г.
Тел.: 8(351)775-19-18; (351)775-19-88

Вариант 1

Потребитель:

Ф.И.О.
Адрес места жительства:

Адрес для отправки письменных ответов:

Паспортные данные:

Телефон:

_____/Шуверова Н.Ю./
по доверенности № 001 от 01.10.2023 г.

Вариант 2

_____/Анисимова М.В./
по доверенности № 002 от 01.10.2023 г.

_____/ФИО/

*(если паспорт не предоставлен, то указать
«Данные внесены со слов потребителя», в
этом случае услуги анонимны, до
предъявления паспорта Потребителем)*

АРТ-МЕДИКА