

# Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Доктор Досталет»

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_

город Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Доктор Досталет»**, адрес места нахождения: 117393, город Москва, ул. Намёткина, дом 3, документ подтверждающий факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о создании юридическом лице, выданное 09 апреля 2012 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, Основной государственный регистрационный номер 1127746259607, ОГРН 1127746259607, поставлена на учет Инспекцией Федеральной налоговой службы № 28 по г. Москве, код 7728, присвоен ИНН 7728804144, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-005261, выданная 06 сентября 2012 года, Департаментом здравоохранения города Москвы (перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации приведён в **Приложение 1** к настоящему договору), именуемое в дальнейшем "**Исполнитель**" в лице **Генерального директора Царицной Елены Игоревны**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка)

именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе и по отдельности «Стороны», заключили настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. На условиях настоящего Договора Пациент приобретает медицинские услуги в соответствии с действующим в Российской Федерации Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

1.2. Пациент поручает, а Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги:

(вид медицинских услуг)

(далее - "медицинские услуги"), а Пациент обязуется оплатить их в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, ул. Намёткина, д.3.

1.4. Необходимо наличие информированного добровольного согласия Пациента на оказание платных медицинских услуг (Приложение 3).

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.2. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с заключаемыми между Пациентом и Исполнителем дополнительными соглашениями к настоящему Договору или отдельными договорами.

2.1.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

2.1.4. Сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

2.1.5. Представлять Пациенту информацию о ходе оказания услуг.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать правила оказания медицинских услуг Исполнителя, которые сообщаются ему Исполнителем.

2.2.2. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы, необходимые для качественного оказания Исполнителем услуг по Договору.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.4. Информировать Исполнителя до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.2.5. Точно выполнять назначения специалистов.

2.2.6. При невозможности получения услуг в согласованное с Исполнителем время заблаговременно предупредить об этом Исполнителя, согласовав с ним новое время для оказания услуг.

2.2.7. Соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.2.8. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.2.9. Отказаться на весь курс лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков и иных средств не назначенных лечащим врачом.

2.2.10. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации.

2.3.2. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.3. Требовать от пациента соблюдения Графика прохождения процедур.

2.3.4. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.5. Перенести оказание услуги на другое время, в случае возникновения обстоятельств, затрудняющих оказание медицинских услуг в рамках данного Договора по объективным причинам (болезнь специалиста, поломка медицинской аппаратуры), при этом Исполнитель согласовывает с Пациентом новое время оказания услуги.

2.3.5. Требовать от пациента соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

2.3.6. По своему усмотрению продлить курс лечения Пациента, но не более чем на \_\_\_\_\_ дней.

2.3.7. Отказать в оказании медицинских услуг в случае выявления у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий.

2.3.8. В одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Пациентом своих обязательств. При этом Исполнитель возмещает Пациенту стоимость пропорционально оставшемуся сроку лечения за вычетом \_\_\_\_\_ процентного штрафа от общей суммы лечения в качестве компенсации за вынужденный простой персонала и оборудования Исполнителя.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с [п. 1.1](#) настоящего Договора.

2.4.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов и т.д.

2.4.3. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.5. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

2.6. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

### **3. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется действующим прейскурантом.

3.2. Компенсируемые расходы Исполнителя на лекарственные средства и иные расходы составляют \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

3.3. Вознаграждение Исполнителя включает в себя стоимость услуг, указанную в [п. 3.1](#) настоящего Договора, а также компенсируемые расходы Исполнителя, указанные в [п. 3.2](#) настоящего Договора, и составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей.

3.4. Оплата Услуг осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления суммы на расчетный счет Исполнителя.

3.5. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.6. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг после поступления денежных средств в кассу Исполнителя или на расчетный счет Исполнителя.

3.7. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение, данные изменения к Договору должны быть произведены в простой письменной форме и подписаны обеими сторонами Договора.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Пациент несет ответственность за своевременную оплату стоимости предоставленных медицинских услуг, а также за своевременность и достоверность информации о состоянии своего здоровья.

4.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой стороной своих обязанностей, если неисполнение 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.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 10 дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

4.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора.

### **5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ**

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

5.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в Черемушкинском районном суде г. Москвы в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Срок действия настоящего Договора - с даты его заключения до полного выполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

6.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.

### **7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

7.2. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» Пациент дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, обработку своих персональных данных (**Приложение 3**).

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Срок действия договора 1 год.

## 8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### Исполнитель:

ООО «Медицинский центр «Доктор Досталет»  
Место нахождения: 117393, г.Москва, ул. Наметкина, д. 3  
ОГРН 1127746259607  
ИНН/КПП 7728804144 / 772801001  
Р/с № 40702810838110016768  
в ОАО «Сбербанк России» г. Москва  
к/с 30101810400000000225  
БИК 044525225

### Пациент:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_  
Адрес фактического места жительства \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Телефон \_\_\_\_\_  
Электронная почта: \_\_\_\_\_

## 9. ПОДПИСИ СТОРОН

### Исполнитель:

Генеральный директор  
ООО «Медицинский центр «Доктор Досталет»

\_\_\_\_\_ Царицына Е.И.

м.п.

### «Пациент»

\_\_\_\_\_

**Для пациентов, за платные медицинские услуги которых оплату производят иные лица.**

С условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору – супруг(-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо, действующее по доверенности *(нужное подчеркнуть)*.

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., паспорт: серия, номер, кем и когда выдан, адрес регистрации)

**Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации**

В соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-005261, выданной 06 сентября 2012 года, Департаментом здравоохранения города Москвы, Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Доктор Досталет» осуществляет по адресу: 117393, г. Москва, ул. Намёткина, д.3, следующие лицензируемые виды деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги: при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, медицинскому массажу, операционному делу, рентгенологии, сестринскому делу, функциональной диагностике. При осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: при осуществлении медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов по: акушерству и гинекологии, экспертизе временной нетрудоспособности; при осуществлении специализированной медицинской помощи по: акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, кардиологии, косметологии (хирургической), мануальной терапии, неврологии, ортодонтии, применению методов традиционной медицины, рентгенологии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, терапии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, экспертизе временной нетрудоспособности, эндокринологии.

Общество с ограниченной ответственностью  
«Медицинский центр «Доктор Досталет»

**Информированное добровольное согласие пациента  
на оказание платных медицинских услуг**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

Желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Медицинском центре «Доктор Досталет».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых видах и объёмах медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Информацию до Пациента довел: администратор

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Подпись Пациента \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о согласии (несогласии) на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)

1. Дата рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2. Пол \_\_\_\_\_  
(женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе)

4. Адрес регистрации по месту жительства (пребывания) \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес по месту жительства (пребывания))

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес фактического проживания)

6. Контактный телефон, e-mail: \_\_\_\_\_  
(контактный телефон, e-mail)

даю (не даю) согласие (ненужное вычеркнуть)

Обществу с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Доктор Досталет»,  
расположенному по адресу: 117393, город Москва, ул. Намёткина, д.3  
(наименование медицинской организации, адрес)

На обработку ((включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных), моих персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении и полученных в ходе оказания платных медицинских услуг, с целью организации оказания платных медицинских услуг.

Настоящее согласие дано на срок до «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, бессрочно.

(ненужное вычеркнуть)

Согласие может быть отозвано по письменному заявлению субъекта персональных данных.

На передачу лично мне сведений о дате лечения и иных данных по телефонам, e-mail адресу, указанным в настоящем заявлении, согласен (согласна), не согласен (не согласна).  
(ненужное вычеркнуть)

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года