

ДОГОВОР №

г. Уссурийск

г.

Общество с ограниченной ответственностью "АЛЬТЕРНАТИВА", 692519, Приморский край, г.о. Уссурийский, г. Уссурийск, ул. Горького, дом 26, ОГРН 1022500858005, ИНН 2511032895, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01023-25/00362192 от 13.04.2018, выдана Департаментом здравоохранения Приморского края, в лице директора Узилова Александра Ивановича, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель с одной стороны, и

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель оказывает пациенту доврачебную, врачебную и специализированную медико-санитарную помощь, медицинские осмотры, освидетельствования, экспертизы и прочие услуги (далее по тексту - медицинские услуги) по своему профилю деятельности согласно Перечню услуг ООО «Альтернатива» и Прейскуранту платных медицинских услуг (далее - Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, а Пациент обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

2. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту согласно п. 3.1.1 настоящего договора определяется по прейскуранту, действующему на момент заключения настоящего договора, и остается неизменной в течение срока действия данного прейскуранта. НДС не облагается. В случае заключения дополнительного соглашения на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент заключения дополнительного соглашения.

2.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя или отделения банков, принимающих платежи от физических лиц. Стоимость услуг банка, при переводе средств за платные медицинские услуги на счет Исполнителя через отделения банков оплачивается Пациентом самостоятельно.

2.3. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом лично (либо иным лицом - супругом, отцом, матерью, сыном, дочерью, усыновителем, попечителем, лицом, действующим по доверенности) в полном объеме в момент заключения настоящего договора.

2.4. В случае, если по каким-либо причинам, не зависящим от Исполнителя и Пациента, объем оказываемых Пациенту медицинских услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, а также в случае отказа Пациента от продолжения обследования или лечения путём подачи письменного заявления на имя директора ООО «Альтернатива» в любое время до начала оказания услуг, стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Пациента удерживается сумма за оказанные медицинские услуги, а также фактически понесенные Исполнителем расходы. Остаток суммы в рублях, внесенной за медицинские услуги, предусмотренные п. 3.1.1 настоящего договора, возвращается Пациенту (либо иному лицу, указанному в п. 2.3 договора) лично или на указанный в заявлении счет, открытый в банке (кредитной организации) в течение 30 рабочих дней.

2.5. В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, установленного лечебно-охранительного режима и др., стоимость медицинских услуг подлежит оплате в полном объеме.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН, УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с установленным Перечнем, указанные в приложении № 1 (или 1К, в зависимости от вида оказываемых услуг), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора, в том числе:

Поручить врачу (ф.и.о., специальность указываются в приложении № 1 (1К) к настоящему договору) - осуществить обследование и осмотр пациента для установления предварительного диагноза, объёма необходимого лечения и исчерпывающе проинформировать пациента о результатах обследования, отразив предварительный диагноз и план лечения в амбулаторной карте пациента; в соответствии с этим обеспечить лечение в соответствии с медицинскими показаниями, с применением в необходимом случае обезболивающих средств. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в дни, назначенные для лечения, исполнитель вправе назначить другого врача необходимой квалификации.

Срок оказания медицинских услуг с 05.06.2024 по 04.06.2025 г.

В случае изменения срока оказания медицинских услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.1.2. Условия и сроки ожидания медицинских услуг: услуги предоставляются пациентам по предварительной записи в день обращения по телефону или через сайт Исполнителя, или в др. удобное для Пациента время, при наличии свободных специалистов в назначенный день. Услуги без предварительной записи – в порядке очереди, в течение времени работы Исполнителя.

3.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определенном разделом 2 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

3.1.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

3.1.6. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.1.7. Выдать Пациенту (его законному представителю) после исполнения договора медицинские документы (копии, выписки), отражающие состояние его здоровья после получения мед. услуг, в т.ч. сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, использованных препаратах и мед. изделиях – в течение 3 рабочих дней, без взимания дополнительной оплаты, по письменному запросу на имя Исполнителя.

3.2. Пациент обязуется:

3.2.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, указанных в п. 3.1.1, до начала ее оказания согласно утвержденному Исполнителем Прейскуранту и в порядке, определенном разделом 2 настоящего договора.

3.2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных до обращения к Исполнителю (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги.

- Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

- Ознакомиться с предварительным диагнозом, планом лечения, возможными осложнениями, и расписаться в ознакомлении с данной информацией в приложении к настоящему договору.

3.2.5. Пациент согласен с тем, что при предварительном осмотре может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования путем проведения рентгенографических и др. диагностических мероприятий, которые осуществляются за отдельную плату. При отсутствии соответствующих возможностей у исполнителя, исполнитель вправе направить пациента в иную специализированную медицинскую организацию.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность при наличии вины в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.2.2, либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях нарушений, предусмотренных п. 3.2.4 и 2.6 настоящего договора.

4.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору.

4.4. В случае возникновения разногласий между исполнителем и пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между ними рассматривается главным врачом (или его заместителем) Исполнителя. В случае не устранения разногласий спор рассматривается клинико-экспертной комиссией или экспертами территориальных организаций в установленном порядке.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, УСЛОВИЯ ЕГО ПРЕКРАЩЕНИЯ

5.1. Настоящий договор считается заключенным с момента подписания сторонами; срок действия договора - три года, но не ранее исполнения сторонами своих обязательств.

5.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:

5.2.1. по соглашению сторон, при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п. 2.4. настоящего договора;

5.2.2. в одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя директора ООО «Альтернатива» в любое время до момента начала оказания услуг (услуги), при этом взаиморасчеты осуществляются в порядке и на условиях, предусмотренных п.2.5, настоящего договора.

5.2.3. в одностороннем порядке Исполнителем в случае нарушения Пациентом принятых на себя обязательств по договору и невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, возникшей по вине Пациента, при этом возврат средств, внесенных Пациентом, производится в порядке и на условиях, предусмотренных п. 2.6.

5.2.4. Любые изменения и дополнительные соглашения к настоящему договору оформляются в письменном виде и подписываются надлежащим образом уполномоченными представителями обеих сторон. Стороны согласны, что настоящий договор, а также все приложения и дополнительные соглашения к нему, подписанные со Стороны Исполнителя согласно ч. 2 ст. 160 ГК РФ с помощью факсимильного воспроизведения подписи, имеют юридическую силу.

5.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон. В случае, если Пациент и заказчик по настоящему договору не являются одним лицом, договор подписывается в трех экземплярах, третий из которых получает заказчик.

6. СВЕДЕНИЯ О ЛИЦЕНЗИИ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:

ООО «Альтернатива», Приморский край, г. Уссурийск, ул. Горького, 26.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01023-25/00362192 от 13.04.2018, срок действия не ограничен, выдана Департаментом здравоохранения Приморского края: г. Владивосток, ул. Морская, 2, тел. (4232) 41 21 25.

Перечень предоставляемых услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией:

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лабораторной диагностике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии, физиотерапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, инфекционным болезням, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии общей практики, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии.

При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым);

при проведении медицинских освидетельствований по:

медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

ПИСЬМЕННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Альтернатива», 692519, г. Уссурийск, ул. Горького, 26 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, номер и дату выдачи документа, удостоверяющего личность, выдавший его орган, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органами исполнительной власти, государственными структурами, в том числе - органами пенсионного фонда, медицинского, социального страхования, а также в порядке, установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (пять лет для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о возможности получения бесплатной медицинской помощи по программе государственных гарантий. С целью реализации указанной возможности пациент может обратиться в мед. организацию, участвующую в программе гос. гарантий бесплатного оказания медпомощи в пределах территории субъекта РФ, в котором он проживает (Приморском крае). ООО «Альтернатива» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Пациент информирован, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Организация: ООО "АЛЬТЕРНАТИВА"
Юридический адрес: 692519, Приморский край,
г.о. Уссурийский, г. Уссурийск, ул. Горького, дом 26
Телефон/факс: +7 (4234) 321519/
ИНН/КПП: 2511032895/251101001
Банк:
р/с: 40702810250090100380
БИК: 040813608

Пациент

ФИО:
Паспорт серия: номер:

Выдан:

Адрес регистрации:

Телефон:

Узилов Александр Иванович

(подпись)

ФИО полностью

20 **г.**

Г.

На основании указанного договора Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги в соответствии со следующим перечнем:

ФИО Медработника	Образование / Специальность	Квалификации	Наименование услуги	Стоимость (руб.)

Исполнитель:

Пациент:

Директор Организация: ООО "АЛЬТЕРНАТИВА"

Узилов Александр Иванович

(подпись)

ФИО полностью

Приложение № 1К

к договору оказания медицинских услуг № _____ от _____

Общество с ограниченной ответственностью «Альтернатива», г. Уссурийск, ул. Горького, 26, в лице директора Узилова Александра Ивановича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем **Исполнитель** с одной стороны, и

именуемый в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны. Настоящее приложение является неотъемлемой частью указанного выше договора. На основании указанного договора Исполнитель оказывает Пациенту платные медицинские услуги: доврачебная медико-санитарная помощь/ врачебная медико-санитарная помощь/ специализированная медико-санитарная помощь/ мед. освидетельствование водителей (кандидатов в водители)/ предварительный, периодический медосмотр/ др. виды медицинских осмотров, освидетельствований и экспертиз – (нужное подчеркнуть).

Услуги оказывают следующие специалисты:

	Ф.и.о. медработника	Образование/ Специальность	Квалификация
1	Михайловская Виктория Анатольевна	Высшее/Акушерство-гинекология	Первая категория
2	Безлюдный Роман Владимирович	Высшее/Ультразвуковая диагностика	Первая категория
3	Срибный Сергей Моисеевич	Высшее/Оториноларингология	Первая категория
4	Абельман Татьяна Иванова	Высшее/Офтальмология	Первая категория
5	Андрушко Людмила Степановна	Высшее/Терапия	Первая категория
6	Орешкина Марина Анатольевна	Высшее/Стоматология	Первая категория
7	Гуркаева Татьяна Дмитриевна	Высшее/Неврология	Первая категория
8	Михайловская Виктория Анатольевна	Высшее/Дерматовенерология	Первая категория
9	Андрушко Людмила Степановна	Высшее/Профпатология	Первая категория
10	Мельникова Людмила Николаевна	Среднее/Сестринское дело	Первая категория
11	Матвиенко Лариса Геннадьевна	Среднее/Лабораторное дело	Первая категория
12	Хантелева Анна Петровна	Среднее/Функциональная диагностика	Первая категория

Услуги будут оказаны в соответствии с перечнем указанным в заказе, являющемся неотъемлемой частью настоящего

приложения №1 К к договору оказания медуслуг № _____ от _____

«Исполнитель»

ООО «Альтернатива»

ИНН 2511032895 КПП 251101001 Р/с 40702810250090100380 в Дальневосточном банке ОАО «Сбербанк России»

Г.Хабаровск БИК 040813608 к/с 30101810600000000608

Адрес: 692519, Приморский край, г.Уссурийск, ул. Горького 26 тел. 32-15-19

«Исполнитель»

Директор ООО «Альтернатива» _____ Узилов Александр Иванович

«Пациент»:

Фамилия, имя, отчество

Адрес

Паспортные данные

(подпись)

(ФИО)