

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Новороссийск

« _____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Профимед», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Душка Татьяны Николаевны, с одной стороны и _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о следующем.

1.СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1.Сведения об Исполнителе:

1.2. Наименование и фирменное наименование Общество с ограниченной ответственностью «Профимед» (далее ООО «Профимед»);

1.3. Адрес места нахождения: 353925, г. Новороссийск, ул.Хворостянского, д.4, помещ.2

1.4. Адрес, место оказания медицинских услуг: г. Новороссийск, ул.Хворостянского, д.4, помещ.2

1.5. 1.5.Документ, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, свидетельство от 01 февраля 2013 г., № 009082061 за основным государственным регистрационным номером 1 132 315 000 454.

1.6. Лицензия на осуществление медицинской деятельности: серия Л041-01126-23/00291730 от 25 февраля 2014г., выдана Министерством Здравоохранения Краснодарского края, лицензия действует бессрочно/350000, Российская Федерация, Краснодарский край, г. Краснодар, ул.

Коммунаров, 276. Телефон приемной: 8 (861) 992-52-91; факс: 8 (861) 992-53-01.

1.7.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: вакцинации (проведению профилактических прививок); организации сестринского дела; психиатрии-наркологии; сестринскому делу в косметологии; функциональной диагностике, рентгенологии. При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии. При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, травматологии и ортопедии, функциональной диагностике, хирургии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), водолазной медицине, гастроэнтерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, косметологии, спортивной медицине, стоматологии терапевтической, косметологии, ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии, рентгенологии, педиатрии, детской хирургии, детской урологии-андрологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности.

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон
Заказчика (физическое лицо):

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги:

Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

Предоставляемые в рамках настоящего Договора медицинские услуги являются разными, отделенными по технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами.

2.2. При заключении Договора, Заказчику (Потребителю) предоставлена в доступной форме информация о возможности получения видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет _____ руб.

- Медицинские услуги НДС не облагаются на основании ст. 149 гл. 21 налогового кодекса РФ.

3.2. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления заказчика и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.5. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Заказчику (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние после получения платных медицинских услуг.

5. ФОРС – МАЖОР

5.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего договора, в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые стороны не могли предвидеть или предотвратить. При наступлении указанных обстоятельств, выполнение стороной обязательств по настоящему договору отодвигаются соразмерно времени, в течение которого действуют эти обстоятельства и их последствия, при этом стороны проводят дополнительные переговоры для выявления приемлемых альтернативных способов исполнения настоящего договора либо расторжения договора.

5.2. При наступлении обстоятельств, указанных в п.6.1. настоящего договора, каждая сторона должна в двухдневный срок известить о них в письменном виде другую сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также официальные документы, удостоверяющие наличие этих обстоятельств, по возможности, дающие оценку их влияния на возможность исполнения стороной своих обязательств по данному договору.

5.3. В случае нарушения стороной порядка извещения, предусмотренного п. 6.2. настоящего договора, она обязана возместить другой стороне понесенные убытки.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ за неисполнение или ненадлежащее исполнение взятых на себя обязательств в связи с заключением настоящего договора.

6.2. Применение штрафных санкций не освобождает стороны от выполнения принятых обязательств по договору.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор считается заключенным со дня его подписания до полного исполнения сторонами договорных обязательств.

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН.

ООО «Профимед»:
353925, Россия, Краснодарский край, г.
Новороссийск, ул. Хворостянского, 4,
помещ.2

Заказчик:

_____/ Т.Н. Душка

_____/ _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении определенного вида медицинского вмешательства и обработку персональных данных

Я, _____ г. рождения,
проживающий по адресу: _____, даю
информированное добровольное согласие на предложенное мне,
медицинское вмешательство: _____

в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что перед осуществлением медицинского вмешательства я имею право отказаться от медицинского вмешательства.

(подпись) (расшифровка)

_____(Душка Татьяна Николаевна)

Дата оформления информированного добровольного согласия _____ г.