**ДОГОВОР №**

**на оказание платных медицинских услуг**

город Сочи

 \_\_.\_\_.20\_\_\_\_

**ООО «МВК МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА» (**ОГРН 1202300044440 **- свидетельство о внесении записи в единый государственный реестр юридических лиц от 17.08.2020г., выданное Межрайонной ИФНС №16 по Краснодарскому краю, лицензия №ЛО-23-01-015063 от 25.01.2021г., выданная Министерством здравоохранения Краснодарского края** перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией указаны в Приложении №3 к настоящему договору), адрес места нахождения: Краснодарский край, г.Сочи, Адлерский р-н, ул. Просвещения, д.19В, именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, в лице директора Шаталовой Натальи Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка)

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

именуемый (-ая) в дальнейшем **«Пациент»,** с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. На условиях настоящего Договора **Клиника** обязуется оказать **Пациенту** на возмездной основе медицинские услуги, указанные в п.2.1. настоящего договора, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а **Пациент** обязуется принять и оплатить медицинские услуги на условиях 100 % авансового платежа в безналичном порядке на расчетный счет, либо наличными деньгами в кассу **Клиники**. На руки **Пациенту** выдаются кассовые чеки, копии чеков и/или другой документ, подтверждающий прием **Клиникой** наличных денег.

1.2. Медицинские услуги оказываются **Клиникой** в амбулаторных условиях (при состояниях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в условиях дневного или круглосуточного стационара.

**2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

2.1. Перечень оказываемых медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Перечень платных медицинских услуг** | **Кол-во** | **Сроки** | **Стоимость** | **Сумма** |
|  |   |  |  |  |  |
|  **ИТОГО:** |  |

Общая стоимость медицинских услуг составляет\_\_\_\_\_( \_\_\_\_ рублей 00 копеек ) рублей\_\_\_\_\_\_копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного **Клиникой** и согласованного с **Пациентом**.

2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых **Клиникой**, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. В момент подписания настоящего Договора **Пациент** ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом **Клиники**, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги.

2.3. В момент заключения настоящего Договора **Пациент** информирован 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 и обязательного медицинского страхования оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, **Пациент** дает свое согласие на обработку его персональных данных и предоставление ему платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре.

2.5. **Пациент** уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья **Пациента.**

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

3.1. **Клиника** обязуется осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. **Клиника** имеет право требовать от **Пациента** выполнения возложенных на него данным договором обязанностей.

3.3. **Пациент** обязуется:

3.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные **Клиникой** медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

3.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим **Клиники**, требования и предписания медицинского персонала Клиники как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.3.5. Бережно относиться к имуществу **Клиники**. В случае причинения ущерба **Клинике** вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием **Пациента** и/или лиц, его сопровождающих, **Пациент** обязуется в течение трех календарных дней возместить **Клинике** нанесенный ущерб в полном объеме.

3.4. **Пациент** имеет право на получение медицинской помощи в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также с условиями настоящего договора.

**4. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ**

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.

4.2. Договор может быть изменен или расторгнут досрочно по соглашению сторон.

При расторжении договора по инициативе (либо в результате фактических действий) **Пациента** он оплачивает фактически понесенные **Клиникой** расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.2. **Пациент** предупрежден о том, что при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

**Приложения:**

**Приложение № 1**– Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

**СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Ф.И.О. субъекта персональных данных/либо законного представителя гражданина: ,

 Паспорт , адрес

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ **даю согласие на обработку персональных данных. Цель обработки персональных данных:** оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий. **Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных:** фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, фактах обращения за медицинской помощью, место работы и должность, любая информация о физиологических и биологических показателях моего организма. **Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие:** сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия. **Срок, в течение которого действует согласие:** настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись /Пациент : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение № 2** – Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

**Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство**

Я,

|  |
| --- |
| **Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:** |
| Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт: |  | , выдан: |  |  |  |
| являюсь законным представителем **(мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)** ребенка или лица, признанного недееспособным: |
|  |  |  |
|  | (Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения) |  |

поставлен (поставлена) в известность, что мне (представляемому) оказывает медицинскую помощь Общество с ограниченной ответственностью «МВК МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА».

- Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать;

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований: анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

|  |  |
| --- | --- |
| - Я | согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны; |

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам:

 .

- Разрешаю посещение в лечебном учреждении представляемого ребенка или лица, признанного недееспособным, следующим гражданам:

 .

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | года. Подпись пациента/законного представителя |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Расписался в моем присутствии: |  |  |  |
| Врач |  | (подпись) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА**ООО «МВК МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА»354341, Краснодарский край, г.Сочи, Адлерский р-н, ул. Просвещения, д. 19ВОГРН 1202300044440,ИНН 2367015380, КПП 236701001р/с: № 40702810230060009882ЮГО-ЗАПАДНЫЙ ПАО СБЕРБАНКк/с 30101810600000000602тел. +7(862)240-77-37\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Директор ООО «МВК МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА» Шаталова Н.А./М.П. | **Пациент**Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес: Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  |

Кассовый чек получил\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

**Приложение №3**

**Перечень работ(услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность ООО «МВК МИКРОХИРУРГИИ ГЛАЗА»**

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

1) При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: операционному делу; сестринскому делу; функциональной диагностике;

2) При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;

3) При оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью; офтальмологии;

4). При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

5) При оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: операционному делу; офтальмологии; сестринскому делу;

6) При оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: операционному делу; офтальмологии; сестринскому делу;

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

8) При проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

9) При проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.