

**Договор**  
**№ \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года**  
**на предоставление платных медицинских услуг несовершеннолетнему**

г. .... «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Ваш доктор» (ООО «Ваш доктор»), ОГРН 1057601815017, ИНН 7610064375, имеющая государственную лицензию на медицинскую деятельность № ЛО41-01132-76/00321720 от 28.05.2018 г., выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, Ярославская область, город Ярославль, ул Свободы, д. 93а, +7 (4852) 45-71-07, именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_, *должность, ФИО полностью* действующего на основании \_\_\_\_\_, *указать документ, подтверждающий полномочия указанного лица* с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, *ФИО полностью* серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_, *данные документа, удостоверяющего личность* именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий (ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ (ФИО), дата рождения \_\_\_\_\_, реквизиты документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### **1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту (\_\_\_\_\_ ФИО несовершеннолетнего) по перечню в соответствии с Приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии с лицензией № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором.

Исполнитель и Заказчик пришли к соглашению, что при каждом последующем после заключения настоящего договора обращении Заказчика к Исполнителю Исполнитель и Заказчик будут руководствоваться условиями настоящего договора. При каждом обращении Исполнителем и Заказчиком будет оформляться смета на оказание медицинских услуг по форме, указанной в Приложении №1, с указанием даты ее оформления и являющуюся неотъемлемой частью настоящего договора.

1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), информация о которых предоставлена Заказчику в доступной форме при заключении настоящего договора. Также Заказчику в доступной форме предоставлена информация о том, что платные медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Оказание медицинских услуг осуществляется специалистами, указанными в Приложении № 1 к настоящему договору. Информация о профессиональном образовании и квалификации данных специалистов доведена до сведения Заказчика.

1.4. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает:

- что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- что он уведомлен о том, 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.

### **2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату заключения договора. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг.

2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя на условиях предоплаты в размере 100% стоимости услуг. Срок оплаты: в любые сроки до непосредственного оказания медицинской услуги.

2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

2.4. Кассовый чек, выданный Исполнителем Заказчику является неотъемлемой частью настоящего договора. Сумма кассового чека (кассовых чеков) составляет сумму настоящего договора.

### **3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

3.2. Медицинские услуги оказываются в сроки, согласованные сторонами в приложениях к настоящему договору. Сроки ожидания платных медицинских услуг не могут превышать сроки, согласованные сторонами в приложениях к настоящему договору.

## **4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

### **4.1. Права и обязанности Исполнителя**

Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации. Обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи, а так же стандартов медицинской помощи, в случае если медицинская помощь предоставлялась в объёме стандартов медицинской помощи.

4.1.3. Выдать Заказчику направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента.

4.1.4. Выдать Заказчику документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств.

4.1.5. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Заказчику или Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг.

4.1.6. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

4.1.7. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах.

4.1.8. Предупредить Заказчика в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором.

4.1.9. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

4.1.10. Предоставить Заказчику (Пациенту, в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в доступной форме полную информацию 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.

4.1.11. По окончании оказания медицинских услуг оформить и предоставить Пациенту для подписания Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 2 к настоящему договору). В случае, если по каким-либо причинам Акт не был представлен непосредственно после оказания услуг, Исполнитель вправе направить акт Заказчику почтовым отправлением.

4.1.12. Права Исполнителя:

При оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством.

### **4.2. Права и обязанности Заказчика и Пациента:**

Заказчик обязан:

4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг.

4.2.2. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемых(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условиями их(её) предоставления, включая информацию 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, то есть в соответствии с установленной формой подтвердить свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.

Заказчик имеет право:

4.2.3. Представлять интересы пациента при оказании платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством.

4.2.4. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

4.2.5. Подписать представленный Акт сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно Приложения № 2 к настоящему договору). В случае несогласия с Актом, наличия претензий к качеству медицинских услуг и срокам их оказания, в течение пяти календарных дней предоставить Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Заказчик, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Заказчиком в полном объеме.

Пациент обязан:

4.2.6. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);

4.2.7. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент.

4.2.8. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации, назначенный режим лечения.

Пациент имеет право:

4.2.9. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.2.10. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него (в случае, если возраст Пациента старше пятнадцати лет) в соответствии с Федеральным законом, от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## **5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами соответствующей экспертизы, проведенной в установленном законодательством порядке, Заказчик имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;
- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Заказчик несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий Пациента. В этом случае Заказчик также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Заказчик обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение Пациентом рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Заказчик обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

## **6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## **7. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ЗАКАЗЧИКУ ПОСЛЕ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА ИСПОЛНИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ОТРАЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ПОЛУЧЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ВКЛЮЧАЯ СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ДИАГНОЗЕ, МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ, ОБ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, БЕЗ ВЗИМАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПЛАТЫ**

7.1. Выдача Заказчику после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Пациента 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 осуществляются в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

## **8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН**

8.1. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает свое согласие на отказ от получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подписывая настоящий договор, Заказчик подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о заболевании (диагнозе) Пациента, современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы.

8.2. Заказчик дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует бессрочно, вплоть до прекращения обязательств по настоящему договору по соглашению сторон или по иным основаниям, установленным действующим законодательством.

8.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

8.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

**Исполнитель:**

*(указать наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации)*

\_\_\_\_\_

Адрес юридического лица в пределах его места нахождения:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ФИО лица, заключающего договор от имени Исполнителя**

\_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_

М.П.

**Заказчик:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

Адрес места жительства:

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_

**Пациент (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет)**

\_\_\_\_\_ *(ФИО)*

Адрес места жительства:

\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

**Подпись** \_\_\_\_\_

**СМЕТА от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
На оказание платных медицинских услуг**

| № | Перечень платных медицинских услуг | Стоимость | Срок оказания | Специалист (ФИО, должность), кабинет | Примечание |
|---|------------------------------------|-----------|---------------|--------------------------------------|------------|
| 1 |                                    |           |               |                                      |            |
| 2 |                                    |           |               |                                      |            |
| 3 |                                    |           |               |                                      |            |
| 4 |                                    |           |               |                                      |            |
| 5 |                                    |           |               |                                      |            |
| 6 |                                    |           |               |                                      |            |

**Исполнитель:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Лицо, подписавшее Смету от имени  
Исполнителя

ФИО \_\_\_\_\_

(полностью)

Должность \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия  
данного лица

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

М.П.

**Заказчик:** \_\_\_\_\_

(ФИО)

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Пациент (ставит подпись, если его возраст старше  
15 лет) \_\_\_\_\_ (ФИО)**

Телефон \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ места \_\_\_\_\_ жительства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**Акт сдачи-приемки  
оказанных медицинских услуг  
(образец)**

г. .... «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Медицинская организация \_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем  
Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_, действующего на  
\_\_\_\_\_ *должность, ФИО полностью*  
основании \_\_\_\_\_, с одной  
\_\_\_\_\_ *указать документ, подтверждающий полномочия указанного лица*  
и гражданин(ка) (ФИО) \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны,  
составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Заказчик принял следующие медицинские услуги:

| № | Перечень медицинских услуг | Стоимость |
|---|----------------------------|-----------|
| 1 |                            |           |
| 2 |                            |           |
| 3 |                            |           |
| 4 |                            |           |
| 5 |                            |           |
| 6 |                            |           |

2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.

3. Подписывая настоящий Акт, Заказчик подтверждает, что не имеет претензий к объему и качеству оказанных медицинских услуг.

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

**Исполнитель:**

Лицо, подписавшее Акт от имени Исполнителя

ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(полностью)

Подпись \_\_\_\_\_

М.П.

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_ (ФИО)

Подпись \_\_\_\_\_