

Настоящим я, \_\_\_\_\_ подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в т.ч. назначенного режима лечения, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента (Заказчика). На обработку персональных данных о состоянии здоровья согласен(а).  
Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Чебоксары

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ОРХИДЕЯ» (ООО «ОРХИДЕЯ»), в лице директора Лысенко Эдуарда Владимировича, действующего на основании Устава (ОГРН 1142130009537, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ серия 21 № 002433629, выдано 08.07.2014 ИФНС России по г. Чебоксары; ЧР, г. Чебоксары, ул. Базарная, д.40), именуемое далее «Исполнитель», с одной стороны, и гражданин(ка)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)  
именуемый(ая) «Пациент (Заказчик)», являющийся законным представителем гражданина(ки) \_\_\_\_\_, именуемой(ого) далее «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Пациенту (Заказчику) платные медицинские услуги (далее – ПМУ), согласно приложению к лицензии на осуществление медицинской деятельности, а Пациент (Заказчик) обязуется своевременно оплатить их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. Исполнитель действует на основании лицензии №ЛО-21-01-001947 от 05 ноября 2019 года, выданной Министерством здравоохранения Чувашской Республики, расположенного по адресу: 428000, Чувашская Республика, г. Чебоксары, Президентский бульвар, д.17, тел: +7(8352) 62-58-45.

1.3. В соответствии с лицензией, Исполнитель имеет право на оказание медицинских услуг по акушерству и гинекологии, дерматовенерологии, косметологии, онкологии, физиотерапии.

1.4. Объем, сроки оказания ПМУ и их стоимость указываются в дополнительном соглашении к настоящему договору, являющемся его неотъемлемой частью.

### II. УСЛОВИЯ, СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. ПМУ предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика). Стороны соглашаются с тем, что личная подпись Пациента (Заказчика) в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство является подтверждением предоставления Исполнителем необходимой и достоверной информации о состоянии здоровья, о медицинских услугах, целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.2. ПМУ оказываются Пациенту (Заказчику) в соответствии с планом обследования и лечения, согласованным между сторонами в сроки, предусмотренные дополнительным соглашением.

2.3. При предоставлении ПМУ Исполнитель обязан соблюдать стандарты оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.4. ПМУ могут предоставляться Исполнителем в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного МЗ РФ, либо по просьбе Пациента (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Отдельные ПМУ могут оказываться на базе соисполнителей по направлению Исполнителя в соответствии с договорами между Исполнителем и соисполнителями (Перечень соисполнителей ПМУ является обязательным приложением к Прейскуранту).

2.5. Стороны соглашаются с тем, что Пациент (Заказчик) информирован Исполнителем о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи РФ и Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам в Чувашской Республике без взимания платы, перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно.

2.6. В случае, если при предоставлении ПМУ требуется предоставление на возмездной основе дополнительных ПМУ, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Пациента (Заказчика). При согласии Пациента (Заказчика) на получение дополнительных ПМУ между сторонами заключается дополнительное соглашение к настоящему договору.

2.7. В случае, если при предоставлении ПМУ потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (Заказчика) при внезапных острых заболеваниях и состояниях, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### **III. СТОИМОСТЬ ПМУ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

3.1. Стоимость ПМУ определяется сторонами на основании Прейскуранта платных медицинских услуг, действующего на момент заключения дополнительного соглашения к настоящему договору.

3.2. Оплата за ПМУ, предусмотренные настоящим договором, осуществляется Пациентом (Заказчиком) после их оказания в наличной форме путем внесения в кассу общества или по безналичному расчету путем перечисления на расчетный счет Исполнителя, либо посредством оплаты банковской картой, либо иным, не запрещенным законом способом, в тот же день.

3.3. При необходимости оказания дополнительных ПМУ, не предусмотренных настоящим договором и дополнительным соглашением, они выполняются только с согласия Пациента (Заказчика) с одновременным заключением нового дополнительного соглашения к настоящему договору и оплачиваются согласно вышеуказанному п.3.2.

### **IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

#### **4.1. Пациент (Заказчик) имеет право:**

- выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы специалистов Исполнителя;
- получать информацию и разъяснения о порядке оказания и объеме ПМУ;
- получать информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- получать информацию об используемых при предоставлении ПМУ лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в т.ч. о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- задавать любые интересующие вопросы о своем заболевании, диагнозе, о состоянии своего здоровья, о видах лечения, получать на них удовлетворительные ответы;
- на предоставление документов, подтверждающих правоспособность Исполнителя, сотрудничающих с ним учреждений и организаций (соисполнителей), а также медицинского персонала;
- предоставлять Исполнителю право на осуществление всех действий (операций) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение;
- получать данные лабораторно-инструментальных исследований, консультативных заключений, рекомендаций на эл. почту;
- другие права, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

#### **4.2. Пациент (Заказчик) обязан:**

- оплатить своевременно и в полном объеме стоимость оказанных ПМУ на условиях, указанных в настоящем договоре;
- предоставить Исполнителю в лице лечащего врача полную информацию и документы или их копии, касающиеся состояния здоровья Пациента (Заказчика), которыми он располагает в момент заключения настоящего договора и в течение его действия (в т.ч. проведенных ранее обследований, перенесенных и имеющихся заболеваний, операциях, травмах, аллергических реакциях, противопоказаниях, принимаемых на день обращения к Исполнителю препаратов);
- проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие медицинские организации;
- точно и полно выполнять предписания, указания и рекомендации медицинского работника для обеспечения предоставления ПМУ в соответствии с профессиональными, юридическими и морально-этическими нормами;
- уведомить Исполнителя не менее чем за 1 (один) день до назначенного времени явки о переносе получения ПМУ;
- заботиться о сохранении здоровья Пациента (Заказчика), соблюдать режим лечения, в т.ч. определенный на период временной нетрудоспособности;
- соблюдать правила внутреннего распорядка, существующие у Исполнителя, в частности, не курить на территории, передвигаться в помещениях строго в бахилах, выполнять все назначения и рекомендации медицинского и прочего персонала Исполнителя;
- иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

#### **4.3. Исполнитель обязан:**

- оказать квалифицированные ПМУ в установленный срок;
- предоставлять бесплатную, достоверную информацию о предоставляемых ПМУ;
- в доступной форме информировать Пациента (Заказчика) о выявленном состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, с учетом согласия Пациента (Заказчика) на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством; отвечать на все вопросы, имеющие отношение к ПМУ, составляющим предмет настоящего договора;

- отвечать на все вопросы Пациента (Заказчика), имеющего отношение к медицинским услугам, составляющим предмет настоящего договора;
- обеспечить Пациенту (Заказчику) непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья;
- при оказании ПМУ соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их предоставления;
- не разглашать персональные данные Пациента (Заказчика) и цель его обращения, а также любые другие сведения, составляющие врачебную тайну, без согласия Пациента (Заказчика), кроме предусмотренных законодательством случаев;
- в случае отказа лечащего врача от наблюдения и лечения Пациента (Заказчика), если такой отказ лечащего врача непосредственно не угрожает его жизни и здоровью, организовать замену Пациенту (Заказчику) лечащего врача;
- иные обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ.

#### **4.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

- при выявлении у Пациента (Заказчика) противопоказаний к проведению комплекса ПМУ отказать в предоставлении ПМУ и вернуть Пациенту (Заказчику) уплаченные денежные средства за вычетом стоимости оказанных медицинских услуг;
- расторгнуть Договор в одностороннем порядке, уведомив об этом Пациента (Заказчика), в случае нарушения Пациентом (Заказчиком) правил поведения Пациента (Заказчика) в ООО «ОРХИДЕЯ» и режима лечения; в случае обращения во время лечения параллельно в другие медицинские организации; в случае неоднократной неявки Пациента (Заказчика) на прием без предварительного уведомления Исполнителя не менее, чем за 1 день до назначенного времени приема; в случае отказа лечащего врача от Пациента (Заказчика), если такой отказ лечащего врача непосредственно не угрожал их жизни и здоровью, и у Исполнителя отсутствует возможность замены Пациенту (Заказчику) лечащего врача;
- назначить дополнительные исследования, если это необходимо для постановки и уточнения диагноза с согласия Пациента (Заказчика);
- перенести лечебные мероприятия на новый срок при опоздании Пациента (Заказчика) на прием более, чем на 15 минут от назначенного Исполнителем времени приема, если это не позволит провести качественное лечение в оставшееся забронированное время приема;
- обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы;
- изменить цену услуг, оказываемых по настоящему Договору, в одностороннем порядке при изменении цен на предоставляемые Исполнителем медицинские услуги (Перечня/ Прейскуранта ПМУ)
- иные права, предусмотренные действующим законодательством РФ.

### **V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Пациент (Заказчик) и Исполнитель несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.
- 5.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента (Заказчика) в результате предоставления некачественной ПМУ, подлежит возмещению Исполнителем согласно законодательству РФ.
- 5.4. Исполнитель не несет ответственность за последствия нарушения сроков оказания услуг в случае, если нарушение сроков оказания услуг произошло по вине Пациента (Заказчика).
- 5.5. Оказанные Исполнителем ПМУ считаются исполненными, если Пациент (Заказчик) не заявил претензии в течение 1 месяца после оказания ПМУ.

### **VI. ФОРС-МАЖОР**

- 6.1. В случае, когда невозможность исполнения обязательств по договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Пациент (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.
- 6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ, в т.ч., если негативные последствия по окончании оказания ПМУ имели место вследствие побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма конкретного Пациента (Заказчика), а также при нарушении Пациентом (Заказчиком) предписаний, указаний и рекомендаций лечащего врача.

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

- 7.1. В случае отказа Пациента (Заказчика) после заключения настоящего договора от получения ПМУ договор расторгается. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Пациента (Заказчика), при этом Пациент (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору, в течении 3 рабочих дней со дня расторжения договора
- 7.2. Вносимые дополнения и изменения в настоящий договор оформляются дополнительным соглашением.

### VIII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31 декабря 20\_\_ г.

8.2. Все разногласия между сторонами будут разрешаться путём переговоров, а также в претензионном порядке урегулирования спора. При не достижении соглашения, разногласия разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.3. Пациент (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с информацией об особенностях ПМУ, условиях их бесплатного предоставления и оплачивает стоимость оказанных ПМУ по собственной инициативе.

8.4. ПМУ оказываются Исполнителем в соответствии с «Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323ФЗ.

8.5. Настоящий договор составлен в 2(3) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один находится у Исполнителя, второй (третий) - у Пациента (Заказчика).

### IX. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:	Пациент (Заказчик):
<b>ООО «ОРХИДЕЯ»</b> 428027, Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, ул. Шумилова, д. 30, корп. 1, пом. 4. ОГРН 1142130009537 ИНН 2130140362 КПП 213001001 Р/с 40702810429410000305 в филиале Нижегородский ПАО "Альфа-Банк" г. Н. Новгород, к/с 30101810200000000824 в ГРКЦ ГУ Банка России по Нижегородской области, БИК 042202824. E-mail: <a href="mailto:gematcheb@yandex.ru">gematcheb@yandex.ru</a> Сайт: <a href="http://www.орхидея-мед.рф">www.орхидея-мед.рф</a> Тел./факс (8352) 21-69-76 (8352)277-882	ФИО _____ _____ Дата рождения _____ Паспорт _____ _____ Выдан _____ _____ « ____ » _____ г. Тел. _____ Адрес _____ _____ e-mail: _____
Директор _____ Э. В. Лысенко М.П.	Пациент _____ / _____
« ____ » _____ 202__ г.	« ____ » _____ 202__ г.

Адрес электронной почты предоставляется пациентом (Заказчиком) по желанию с целью рассылки Исполнителем информационных материалов ООО «ОРХИДЕЯ» и данных лабораторно-инструментальных исследований, консультативных заключений, рекомендаций. Прошу присылать данные лабораторно-инструментальных исследований, консультативных заключений, рекомендаций на эл. почту по незащищенным каналам связи

Адрес, ФИО, подпись

Лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО-21-01-001947 от 05.11.2019: по адресу 428027, Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, ул. Шумилова, д. 30, корп. 1, пом. 4 (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: сестринскому делу; сестринскому делу в косметологии; физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); дерматовенерологии; косметологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; физиотерапии); Министерство здравоохранения Чувашской Республики: Чувашская Республика - Чувашия, г. Чебоксары, Президентский бульвар, 17; тел. (8352) 62-35-94, 26-13-39 сектор лицензирования.