**УВЕДОМЛЕНИЕ**

о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения

Общество с Ограниченной Ответственностью «Клиника профессора Буштыревой» в соответствии с п.15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

(*Ф.И.О. потребителя , закакзчика)*

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

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. ?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Ф.И.О. потребителя, представителя заказчика)* *(подписи*)

**ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**(Трехсторонний. Заказчик - юридическое лицо, ИП)**

**№??**

г. Ростов-на-Дону \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Общество с Ограниченной Ответственностью «Клиника профессора Буштыревой»**, ИНН 6165192224, ОГРН 1156196033377, адрес места нахождения (юридический адрес): 344010, г. Ростов-на-Дону, переулок Соборный, дом 58/7, документ подтверждающий факт внесения записи о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица: серия 61 № 007787160, выдано 26.02.2015 г. Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 26 по Ростовской области (орган, осуществивший государственную регистрацию), лицензия на осуществление медицинской деятельности **от 15.12.2020г., регистрационный номер лицензии: Л041-01050-61/00358853,** лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). Место нахождения территориального органа Росздравнадзора: 344037, г. Ростов-на-Дону, ул. Ченцова 71в/63, тел (863) 286-98-16. Наименование лицензирующего органа (органа, выдавшего лицензию): Министерство здравоохранения Ростовской области: г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33; тел. (863) 242-41-09. Номер и дата приказа лицензирующего органа: № 6929 от 29.07.2022.

**Адрес места осуществления лицензируемого вида деятельности**: 344010, Россия, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, дом 58/7; **Выполняемые работы, оказываемые услуги, составляющие вид лицензируемой деятельности:** в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 августа 2021 г. "Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность" № 866н:

при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу; анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); медицинской статистике; медицинскому массажу: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; 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; анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; генетике; гериатрии; детской кардиологии; детской хирургии; детской эндокринологии; диетологии; кардиологии; медицинской статистике; неврологии; нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психиатрии; психотерапии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерскому делу, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; вакцинации (проведению профилактических прививок); генетике;, диетологии; медицинской генетике, медицинской статистике; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;, педиатрии; рентгенологии; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; терапии; трансфузиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; хирургии; эндоскопии; При оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании скорой специализированной медицинской помощи вне медицинской организации (в том числе выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи), по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); анестезиологии и реаниматологии; неонатологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по) : медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым),, именуемое в дальнейшем **ИСПОЛНИТЕЛЬ** в лице ?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?? ??

действующего на основании доверенности № 6/2022 от 04.03.2022г., выданной директором ООО «Клиника профессора Буштыревой», с одной стороны, гражданин(ФИО) ??место регистрации ??местожительства:?? телефон ??- Потребитель**,** именуемый в дальнейшем **ПАЦИЕНТ** с другой стороны иЮридическое лицо (Индивидуальный предприниматель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование) ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в лице представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО, действующего на основании (Устава,

Доверенности)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*указать дату выдачи, номер доверенности, кем выдана*)

адрес места нахождения юрид.лица/ИП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемое в дальнейшем **ЗАКАЗЧИК,** с третьей стороны**,**

совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

**1.1.** В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, по адресу: г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 58/7 («Клиника профессора Буштыревой») в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации (далее «РФ») в области охраны здоровья граждан, Заказчик обязуется оплатить (приобрести услуги в пользу потребителя) стоимость предоставляемых медицинских услуг в объеме порядке и на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется выполнять требования и рекомендации Исполнителя, обеспечивающие предоставление медицинских услуг, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, а также сообщить Исполнителю необходимые для этого сведения.

**1.2.** Отношения между Исполнителем, Пациентом и Заказчиком регулируются нормами федерального законодательства, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г., настоящим Договором.

**1.3**. **Согласованные с пациентом и заказчиком перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, стоимость платных медицинских услуг, а также сроки предоставления платных медицинских услуг указываются в Приложениях (Приложении) к настоящему договору, которые являются его неотъемлемой частью.**

1.4. Подписанием настоящего договора Пациент и Заказчик подтверждают, что они предупреждены Исполнителем о том, что при предоставлении платных медицинских услуг может потребоваться предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Подписанием настоящего договора потребитель уведомлен о том, что без согласия потребителя исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

**1.5.** В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг, потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы.

**1.6.** Медицинские услуги предоставляются при наличии Информированного добровольного согласия (согласий) Пациента (законного представителя Пациента) на медицинское вмешательство.

**1.7.** Подписанием настоящего договора Пациент и Заказчик подтверждают, что до заключения договора им в доступной форме предоставлена информация о возможности, порядке и условиях 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, а также о том, что на момент заключения настоящего договора ООО «Клиника профессора Буштыревой» не является медицинской организацией, участвующей в реализации указанных программ. Подписанием настоящего Договора Пациент и Заказчик подтверждают, что Пациент добровольно согласился на оказание ему услуг на платной основе.

**1.8.** Подписанием настоящего договора Пациент и Заказчик подтверждают, что они ознакомлен ы с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением правительства РФ № 1006 от 04.10.2012 г. Правила в доступной форме доведены Исполнителем до сведения Пациента и Заказчика. Пациентом и Заказчиком получены сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о режиме работы медицинской организации, о графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг. До сведения Пациента и Заказчика доведены адреса и телефоны органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации (Ростовской области) в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и территориального органа Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

**1.9.** Пациент и Заказчик уведомлены о том, что несоблюдение Пациентом указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок и отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**1.10.** Услуги оказываются по предварительной записи в соответствии с графиком работы клиники.

**2. СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ , ПОРЯДОК И СРОКИ ИХ ОПЛАТЫ.**

**2.1** Стоимость услуг, указанная в Приложениях (-ии) к Договору, определяется по утвержденному Исполнителем прейскуранту, с которым Пациент и Заказчик ознакомлены до момента подписания Договора. Подписанием настоящего Договора Пациент и Заказчик подтверждают, что они ознакомлены со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта Исполнителя и Заказчик согласен оплатить стоимость медицинских услуг по расценкам прейскуранта. Своей подписью настоящего Договора Пациент и Заказчик подтверждают, что им названы и с ними согласованы стоимость отдельных процедур (манипуляций, этапов лечения), общая стоимость лечения в целом, расценки прейскуранта, в том числе в случае необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором.

**2.2.** Оплата Медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в срок, не превышающий 3 (трех рабочих дней) с момента подписания настоящего договора. Оплата полной стоимости Медицинских услуг по настоящему договору производится Заказчиком на условиях предварительной оплаты в рублях по безналичному расчёту путем перевода денежных средств на расчётный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре на основании выставленного Исполнителем Счета. После подписания настоящего договора Счет выдается на руки представителю Заказчика либо направляется Заказчику в электронном виде. Обязанность по оказанию Медицинских услуг Пациенту возникает у Исполнителя после поступления денежных средств на счет Исполнителя.

Если предусмотренное договором исполнение обязательства по предварительной оплате произведено Заказчиком не в полном объеме, сторона, на которой лежит встречное исполнение, вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору или отказаться от исполнения в части, соответствующей непредоставленному исполнению.

**2.3.** В подтверждение произведенной оплаты Заказчику выдается документ установленного образца.

**2.4.** В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору, а при отсутствии расходов денежные средства возвращаются в полном объеме.

**2.5.** В случае расторжения договора возврат денежных средств за не оказанные платные медицинские услуги (за минусом фактически понесенных Исполнителем расходов) производится Исполнителем не позднее 10 дней с момента подписания сторонами соглашения о расторжении договора, расторжения договора, либо получения Исполнителем от Пациента (его представителя, действующего на основании нотариальной доверенности) письменного заявления о расторжении договора (отказа от получения услуг).

**2.6.** Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещении «Клиники профессора Буштыревой» по адресу: г. Ростов-на-Дону, пер. Соборный, 58/7.

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**3.1. Исполнитель обязан:**

**3.1.1** Обеспечивать «Пациента» информацией о месте оказания услуг, режиме работы исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов (в случае привлечения для оказания медицинских услуг третьих лиц, предоставить по требованию пациента соответствующую информацию о привлекаемом третьем лице);

**3.1.2** 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, в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

**3.1.3** Предоставить потребителю по его требованию в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

**3.1.4**. Своевременно, качественно и в срок оказать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора в объеме, предусмотренном настоящим договором.

**3.1.5**. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления;

**3.1.6** Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в порядке установленным действующим законодательством Российской Федерации;

**3.1.7.**  Исполнителем после исполнения договора выдаются потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг

**3.2. Исполнитель имеет право:**

**3.2.1** . В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни «Пациента», самостоятельно определять объем обследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи.

**3.2.2**. В одностороннем порядке расторгнуть договор при нарушении «Пациентом» предписаний, рекомендаций и назначений лечащего врача, Правил внутреннего распорядка.

**3.2.3.** Оказать медицинскую услугу только при отсутствии у «Пациента» противопоказаний к ее проведению.

3.2.4. Требовать от «Пациента» бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения Правил внутреннего распорядка;

**3.2.5.** Требовать от «Пациента» предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

**3.2.6.** Исполнитель вправе привлечь для оказания услуги по настоящему Договору квалифицированных специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, а также иные медицинские организации, имеющие договорные отношения с Исполнителем.

**3.3. Пациент обязан:**

**3.3.1** . Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг.

Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ему разъяснено и понятно его обязательство сообщить Исполнителю все сведения о наличии у него заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на лечение, в том числе:

- о перенесенных или сопутствующих заболеваниях; о перенесенных травмах, оперативных вмешательствах; о переливании крови и инъекциях, полученных в других медицинских учреждениях; о состоявшемся или возможном контакте с инфекционными больными в течение одного календарного месяца до начала получения «Пациентом» услуг по настоящему Договору; о непереносимости медицинских препаратов, физиотерапевтических воздействий, аллергических реакциях. о принимаемых медицинских препаратах и биологических добавках, о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, наличии генетических заболеваний у Пациента, и ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, в том числе передающихся половым путем, наличии вредных привычек и вредных и опасных условиях труда на производстве, способных повлиять на состояние здоровья Пациента.

Пациенту разъяснено, что Исполнитель при определении индивидуальных противопоказаний к оказанию медицинских услуг учитывает перечисленную выше информацию о здоровье «Пациента», записанную и внесенную в Медицинскую карту «Пациента» с его слов и на основании предоставленных «Пациентом» документов. «Пациент» согласен, что Исполнитель не будет нести ответственность за возможные осложнения и нежелательные последствия для здоровья «Пациента», наступившие в результате предоставления «Пациентом» «Исполнителю» (неполной и/или не достоверной информации о своем здоровье и возможных рисках, в том числе, указанных в настоящем пункте договора.

**3.3.2.** Пациент обязуется своевременно явиться по месту нахождения Исполнителя для получения медицинских услуг.

**3.3.3.** Предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты (при наличии), номера контактных телефонов, фактический адрес места пребывания).

**3.3.4.** Внимательно ознакомиться с перечнем и стоимостью медицинских услуг по Прейскуранту ООО «Клиника профессора Буштыревой» и порядком их оказания.

**3.3.5.** Своевременно оплачивать Исполнителю Платные медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

**3.3.6.** Точно выполнять назначения и рекомендации Исполнителя.

**3.3.7.** Находясь на территории Исполнителя соблюдать Правила противопожарного режима в РФ, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 25.04.2012 года № 390 и требования Федерального закона РФ от 23.02.2013 года № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», требования Санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, правила внутреннего распорядка, законные требования и предписания медицинского персонала, а также персонала клиники.

**3.3.8.** Регулярно выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, соблюдать правила подготовки к медицинским исследованиям и манипуляциям.

**3.3.9.** Бережно относиться к имуществу Исполнителя.

**3.3.10.** Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора.

**3.4. Пациент имеет право:**

**3.4.1.**  Получать Платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора, а при отсутствии в Договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами РФ предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых Платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

**3.4.2.** Получать от Исполнителя информацию по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.

**3.4.3.** Получать от Исполнителя информацию (по требованию Пациента) в доступной форме о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении Платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), перечне медицинских услуг и их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинской помощи, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, право на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

**3.4.5.** На возмещение вреда причинного здоровью при оказании ему платных медицинских услуг, при наличии вины Исполнителя и установленной причинно-следственной связи между действиями (бездействием) Исполнителя и наступившими неблагоприятными последствиями для Пациента.

**3.4.6.** Пациент имеет право отказаться от получения услуги.

**3.5.Заказчик обязуется:** Оплатить (приобрести)платные медицинские услуги в порядке, объеме и в сроки, предусмотренные настоящим договором в пользу Пациента (потребителя).

**4. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ ДОГОВОРА**

**4.1.** Все изменения, дополнения к настоящему договору действительны, если они выполнены в письменной форме и скреплены подписями обеих сторон (их законных представителей, либо представителей, действующих на основании надлежаще оформленной доверенности).

**4.2.** Досрочное расторжение настоящего Договора производится по взаимному соглашению Сторон либо в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ или настоящим Договором.

**4.3.** Договор расторгается в случае отказа Пациента от получения медицинских услуг (п.2.5. Договора).

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

**5.1.** Исполнитель и его работники несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда жизни и/или здоровью Пациента в порядке, установленном законодательством РФ.

**5.2.** Вред, причинённый жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

**6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

**6.1.**Факт оказания услуг, предусмотренных настоящим договором подтверждается Медицинский документацией Пациента, ведение которой осуществляется Исполнителем, а также подписанным сторонами Актом сдачи-приемки оказанных медицинских услуг.

**6.2.** Все возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.

**6.3**. В соответствии с Федеральным законом РФ от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом РФ от 21.11.2011 года. № 323- ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, своих персональных данных.

**6.4**. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

**7. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Исполнитель:**

**ООО «Клиника профессора Буштыревой»**

**ИНН 6165192224 КПП 616501001**

Юридический адрес: 344010 Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, пер.Соборный 58/7, Тел.: (863) 288-00-00

ОГРН 1156196033377

ОКОГУ 4210014 ОКТМО 60701000001

ОКАТО 60401374000 ОКПО 27164178

ОКОПФ 12300 ОКФС 16

ОКВЭД 85.11.1

р/сч 40702810152090006577

к/сч 30101810600000000602

Юго-Западный банк ПАО «Сбербанк России», г. Ростов-на-Дону

БИК 046015602

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/?? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/??

**Пациент:**

Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?? ?? выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??\_\_\_

адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_??

Один экземпляр договора мною получен, с текстом ознакомлен, с условиями согласна (согласен).

Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_??\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**Заказчик:**

Наименование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e -mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕКВИЗИТЫ :

ИНН, КПП,

Юридический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты:

ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКОГУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКАТО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКОПФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКФС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/сч

к/сч

Банк:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Один экземпляр договора мною получен, с текстом ознакомлен (а), с условиями согласна (согласен).

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись).