

## УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.15 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. №1006.

Настоящим, до заключения договора Исполнитель **ООО «МедГрупп ЦМРТ Выборг»** в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (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/и отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

### ПАЦИЕНТ

**ООО «МедГрупп ЦМРТ Выборг»**

188800, г. Выборг, ул. Куйбышева, д. 10

(ФИО, подпись)

### *Договор № \_\_\_\_\_ возмездного оказания медицинских услуг*

г. Выборг

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «МедГрупп ЦМРТ Выборг» (далее – ООО «МедГрупп ЦМРТ Выборг»), 188800, Ленинградская область, г. Выборг, ул. Куйбышева, д. 10, пом. 79, ОГРН 1164704056615, зарегистрировано ИФНС по Выборгскому району Ленинградской области, Свидетельство от «11» мая 2016 г., серия 47 № 003303978, действующее на основании лицензии №Л041-01149-47/00312238 от «13» марта 2017 г., выданной Комитетом по здравоохранению Ленинградской области, в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице Управляющего ИП Мумина Эдуарда Васильевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(-ка)

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

### **Термины и Определения:**

**Пациент** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (п.9. ст.2 в Федеральном законе от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

**Потребитель** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**Заказчик** - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя (п.2. Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», далее «Правила предоставления медицинских услуг»);

**Платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Для целей настоящего Договора Стороны признают, что Заказчик, Потребитель и Пациент совпадают в одном лице, выше и в дальнейшем именуется «Пациент».

### **1. Предмет договора**

**1.1.** Пациент поручает, а Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги.

**1.2.** Пациент предоставляет направление или/и проходит осмотр врача специалиста (получает консультацию), на основании данных которого(-ых), стороны согласуют План лечения, являющегося неотъемлемой частью договора (Приложение), в котором отражены Перечень, сроки и стоимость медицинских услуг, в соответствии с п.19 Правил предоставления медицинских услуг. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Пациента, медицинскими показаниями, желанием Пациента и организационно-техническими возможностями Исполнителя.

**1.3.** Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим Договором является Пациент (Потребитель).

## **2. Права и обязанности Сторон и условия их реализации**

### **2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется:**

**2.1.1.** Оказывать медицинские услуги в соответствии с планом обследования/лечения, составленным лечащим врачом, с применением имеющихся медикаментов, инструментов, оборудования.

**2.1.2.** Согласовать с Пациентом: объем, сроки и план оказания медицинских услуг.

**2.1.3.** Предоставить Пациенту необходимую информацию о сущности применяемых методик, составе и характере используемых медикаментов и материалов.

**2.1.4.** Поставить в известность Пациента о возникающих в ходе лечения обстоятельствах (о выявленных анатомических и физиологических особенностях Пациента или особенностях в характере течения заболевания и выявленных особенностях повреждений систем и органов), которые могут привести к увеличению объема оказания услуг, и возможных осложнениях при обследовании/лечении и отразить их в медицинской карте Пациента.

### **2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право:**

**2.2.1.** Самостоятельно решать вопросы, связанные с технологией обследования/лечения, подбором медикаментов и материалов, и проведением других диагностических мероприятий, которые Исполнитель сочтет нужным для планирования и осуществления лечения Пациента, о чем он информирует Пациента в соответствии с п. 2.1.3.

**2.2.2.** Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить обследование/лечебное мероприятие, в том числе в день процедуры: в случае обнаружения у Пациента противопоказаний, как местных, так и по общему состоянию организма; по причине болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения Исполнителя.

**2.2.3.** Привлекать для оказания услуги по настоящему Договору специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя; при этом ответственность за действия специалистов, не являющихся сотрудниками Исполнителя, несёт Исполнитель. Заменить медицинского работника по личной просьбе Пациента, или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск медицинского работника, психологическая несовместимость и других).

**2.2.4.** При необходимости внести обоснованные изменения в согласованный план обследования/лечения. При изменении клинической ситуации изменить с согласия Пациента план или/и сроки обследования/лечения, а в случае несогласия Пациента с предложенными изменениями прервать обследование/лечение и расторгнуть договор.

**2.2.5.** Не предоставлять услуги, которые не входят в план обследования/лечения, согласованный с Пациентом.

**2.2.6.** Запрашивать у Пациента получения сведений и предоставления документов (в случае предыдущего лечения или/и обследования в других лечебных учреждениях), необходимых для эффективного обследования/лечения.

**2.2.7.** Отказать в обследовании/приеме (или переназначить) Пациента (кроме случаев, требующих экстренного вмешательства) в случае:

- если состояние здоровья Пациента не позволяет выполнить назначенное лечение; в том числе, если по медицинским показаниям, состояние аффекта, алкогольного, наркотического или токсического опьянения не позволит выполнить назначенное лечение;

- если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала или (и) других Пациентов клиники;

- опоздания Пациента на прием более 15 минут

- при серьезном нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, то есть не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других Пациентов

- по уважительной причине нахождения лечащего врача вне клиники

обо всех отказах делается запись в Медицинской карте Пациента.

**2.2.8.** Отказать Пациенту в предоставлении услуг в случае его отказа засвидетельствовать свое согласие с условиями данного договора личной подписью, и предоставить паспортные данные, с указанием места жительства, для заполнения медицинской карты.

### **2.3. Обязанности ПАЦИЕНТА:**

**2.3.1.** Следовать плану обследования/лечения, срокам этапов обследования/лечения, срокам визитов, в том числе на профилактические и контрольные обследования и осмотры.

**2.3.2.** Пациент должен предоставить всю известную ему необходимую информацию медицинским работникам Исполнителя о состоянии своего здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях и т.д., сведения,

касающиеся его личности, состояния здоровья родственников и т.д., необходимые для оказания медицинской услуги.

**2.3.3.** Являться на прием в строго назначенное время, а при невозможности явки, заранее, не менее чем за 24 часа предупредить Исполнителя по телефону +7 (911) 961-16-42 о невозможности явки на прием.

**2.3.4.** Строго соблюдать и выполнять условия оказания диагностических, профилактических и лечебных мероприятий.

**2.3.5.** Немедленно известить врача о любых осложнениях, изменениях состояния или иных отклонениях, возникших в процессе обследования/лечения.

**2.3.6.** Удостоверить личными подписями факты ознакомления и согласия с настоящим договором и планом обследования/лечения, сроками и стоимостью медицинских услуг, информированными согласиями на медицинские вмешательства, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора, а также всеми необходимыми врачебными рекомендациями.

**2.3.7.** Своевременно выплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом.

**2.3.8.** Ознакомиться и вести себя в соответствии с правилами внутреннего распорядка для Пациентов медицинского учреждения ООО «МедГрупп ЦМРТ Выборг».

#### **2.4. Права ПАЦИЕНТА:**

**2.4.1.** Выбрать время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала другими Пациентами.

**2.4.2.** Перенести ранее назначенный ему прием на другое время, уведомив об этом Исполнителя, в соответствии с п.2.3.3.

**2.4.3.** Требовать от Исполнителя предъявления лицензий, прейскуранта, сведений о квалификации и сертификации специалистов.

### **3. Цена договора и порядок расчетов**

**3.1.** Прейскурант является текущей (меняющейся) ценой на части оказываемой услуги. Цена определяется по прейскуранту на тот момент времени, в который оказывается услуга или ее часть, отраженная в прейскуранте.

**3.2.** Исполнитель информирует Пациента о стоимости медицинской услуги до ее начала.

**3.3.** Пациент оплачивает оказанную услугу (или часть услуги), посредством наличных или безналичных расчетов, по прейскуранту сразу после исполнения услуги или ее части, отраженной в прейскуранте.

**3.4.** При нарушении п.2.3.3. Исполнитель оставляет за собой право отказать Пациенту в предоставлении возможных скидок, оговоренных ранее.

**3.5.** По желанию пациента, услуги, указанные в плане обследования, оплачиваются на условиях 100% предоплаты.

**3.6.** При наличии у Потребителя (Пациента) полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховой компании (Страховщика), обязательства по оплате предоставленных Потребителем (Пациенту, Застрахованному лицу) услуг возлагаются на Страховую компанию (Страховщика) в объеме страхового покрытия, указанного в страховке Потребителя (Пациента, Застрахованного лица) (денежного лимита и перечня страховых случаев). Обязательство по оплате предоставленных Исполнителем услуг Потребителю (Пациенту, Застрахованному лицу) сверх размеров страхового покрытия и медицинских услуг, не являющиеся страховым случаем по программе добровольного медицинского страхования Потребителя (Пациента, Застрахованного лица) лежит на Потребителе (Пациенте).

**3.7.** Если Пациент получает медицинские услуги в рамках договора, заключенного Исполнителем с организацией (организация-работодатель, в том числе), то обязательство по оплате предоставленных Пациенту услуг лежит на такой организации в рамках настоящего договора. Пациент обязан предоставить гарантийное письмо и/или иной документ, предусмотренный указанным выше договором, подтверждающий право на получение медицинских услуг у Исполнителя по договору и объём медицинских услуг. Если Пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные указанным выше договором с организацией (с организацией-работодателем, в том числе) то Пациент оплачивает их самостоятельно.

### **4. Срок действия договора**

**4.1.** Договор действует с момента подписания и до прекращения или расторжения договора по причинам, определенным законодательством РФ или настоящим договором.

**4.2.** Срок, согласованный Сторонами, может быть продлён на соответствующее количество дней в случаях:

**4.2.1.** временной приостановки обследования/лечения Пациентом на количество дней необходимых для выполнения плана обследования/лечения;

**4.2.2.** необходимости замены медицинского работника или организации консультаций других специалистов – на количество дней, необходимых для осуществления замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;

**4.2.3.** объективной необходимости изменения намеченного и согласованного Сторонами плана обследования/лечения, влекущего изменение объема оказываемых услуг;

**4.2.4.** невозможностью осуществления (продолжения) обследования/лечения, по причине обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний.

**4.3.** При выявлении в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения у Пациента патологии, достижение полного излечения при наличии которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и индивидуальных особенностей организма Пациента, окончательный срок Договора установлен быть не может и Сторонами не устанавливается.

## **5. Прекращение и расторжение договора**

**5.1.** Договор подлежит расторжению по воле сторон при надлежащем исполнении договора Сторонами. При этом Пациент делает отметку в Приложении, содержащем План обследования/лечения, свидетельствующую о полном и надлежащем выполнении обязательств Исполнителем или подписывает акт сдачи-приемки медицинских услуг.

**5.2.** Пациент имеет право расторгнуть в одностороннем порядке договор и прекратить отношения с лечебным учреждением/организацией Исполнителя в любое время, оплатив Исполнителю по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

Оплата услуг Исполнителя по дорогостоящему обследованию/лечению, в случае отказа Пациента на этапе оказания услуги, производится в размере 70% от стоимости лечения, если отказ Пациента происходит на этапе или подготовки к оказанию услуги, производится оплата 50% от стоимости лечения.

**5.3.** Если Пациент не выполняет рекомендаций медицинского учреждения Исполнителя, то оказание медицинской помощи становится невозможным. Отказ или уклонение Пациента от следования рекомендациям, связанным с диагностическим/лечебным процессом, и не соблюдение правил внутреннего распорядка для Пациентов организации Исполнителя равносильно одностороннему расторжению договора.

**5.4.** Прекращение и расторжение договора возможно и по другим основаниям, предусмотренным законодательством РФ и применимым для данного вида договоров.

## **6. Прочие условия договора**

**6.1.** В соответствии с п.3 ст. 13 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Пациент определяет лица или круг лиц, которым можно передавать информацию, составляющую врачебную тайну. Пациент согласен на обработку персональных данных (в том числе биометрических данных) полученных Исполнителем при исполнении настоящего договора, включая: сбор, хранение, дополнение, изменение, уточнение, ведение базы данных, передача, уничтожение.

**6.2** Пациент согласен на возможное использование Исполнителем или его сотрудниками данных, полученных при обследовании и лечении Пациента, в том числе – слайдов, фотографий и т.д., для тиражирования, изучения другими врачами, для учебных, научных или рекламных целей в публикациях, на медицинских обществах и т.д., при условии (ненужное вычеркнуть): анонимности/указания Ф.И.О., другое \_\_\_\_\_

**6.3.** Пациент согласен на предоставление Исполнителем сведений, составляющих врачебную тайну, на ознакомление с медицинской картой и результатами обследования врачам специалистам, другим врачам Пациента, не являющихся сотрудниками Исполнителя, для проведения консультаций, рецензирования, проведения клинико-экспертных комиссий и врачебно-контрольных комиссий, а также сотрудникам страховых компаний, сотрудничающих с Исполнителем.

**6.4.** Лица или круг лиц, которым можно сообщать **о факте посещения** лечебного учреждения Исполнителя и сведения, полученные при обращении к врачу в ходе обследования и лечения: \_\_\_\_\_

**6.5.** Лица или круг лиц, которым можно сообщать сведения **об объеме и стоимости** лечения по требованию последних в случае, если оплата этого обследования/лечения осуществляется ими: \_\_\_\_\_

**6.6.** Пациент предоставляет Исполнителю право передавать информацию по исполнению настоящего договора, а также сообщать информацию о работе клиники, акциях и предложениях sms-сообщениями и/или сообщениями в мессенджерах (WhatsApp, Telegram и др.) по телефону \_\_\_\_\_

**6.7.** Пациент проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение, в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике.

**6.8.** Пациент согласен получать результаты проведенных исследований и лабораторных анализов по электронной почте. Информация направляется в течение 3-х (Три) рабочих дней с момента получения результатов с электронного адреса Исполнителя info@mrt-center.spb.ru на электронный адрес Пациента, указанный в реквизитах договора.

**6.9.** В случае если в реквизитах договора не указан адрес электронной почты Пациента или указан нерабочий, результаты исследований выдаются строго на руки Пациенту.

## **7. Дополнительные условия**

**7.1.** Пациенту предоставлена в доступной форме информация 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. С учетом этой информации подписав настоящий Договор, Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

**7.2.** Пациенту предоставлена в доступной форме информация о возможности получения социального вычета за медицинские услуги (подп. 3 п. 1 ст. 219 НК РФ), ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет, подопечным в возрасте до 18 лет (перечень медицинских услуг утвержден Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001 г. №201).

**7.3.** Пациент должен осознавать, что при работе Исполнителя с ним, возможно выявление дополнительных патологий, анатомических и физиологических особенностей Пациента или особенностей в характере течения заболевания и выявленных особенностей повреждений систем и органов, что может повлечь изменения в плане обследования/лечения и дополнительные финансовые расходы со стороны Пациента.

**7.4.** Подписанием настоящего Договора стороны подтверждают, что Исполнитель предоставил Пациенту, а Пациент получил в полном объеме информацию, включающую в себя сведения:

- об исполнителе;
- о перечне платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором с указанием цен в рублях в соответствии с Прейскурантом;
- об условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг, сроках и порядке их оплаты;
- о режиме работы медицинской организации, графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;
- о квалификации и сертификации специалистов – работниках Исполнителя и др.

## **8. Ответственность сторон**

**8.1.** Исполнитель несет ответственность за соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, норм использования медицинского оборудования, ведения медицинской документации, соблюдение санитарно-гигиенического режима, лечебных технологий, профессиональной этики.

**8.2.** Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом в случае:

- возникновения у Пациента в процессе обследования/лечения или после его окончания проблем биологического характера и негативных последствий, указанных в Информированном Согласии на медицинское вмешательство, не связанных с нарушением Исполнителем лечебных технологий;

- осложнений по причине неявки Пациента в указанный срок;

- осложнений по причине несоблюдения Пациентом рекомендаций врача;

- отказа Пациента от дополнительных лечебно-диагностических мероприятий, необходимых для проведения профилактики и лечения возможных осложнений;

- возникновения аллергических реакций у Пациента, не отмечавшего ранее проявления аллергии;

- несогласованного прохождения обследования/лечения в другом лечебном учреждении.

В случае невыполнения рекомендаций лечащего врача и/или обязательного прохождения контрольных осмотров в соответствии с рекомендациями врача, повторное обследование/лечение будет проводиться за счет денежных средств пациента.

**8.3.** Стороны не несут ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в случае возникновения обстоятельств, мешающих выполнению обязательств по настоящему Договору любой из сторон, а именно: стихийных бедствий, пожаров природного характера, наводнения, военных действий, запрета импорта или экспорта, каких-либо других непредвиденных обстоятельств и их последствий, не зависящих от сторон. В этом случае срок выполнения обязательств по настоящему Договору продлевается на период, в течение которого эти обстоятельства остаются в силе.

Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 10 (Десяти) дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

**8.4.** В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из Сторон, Пациент оплачивает по прейскуранту фактически понесенные Исполнителем расходы; при наличии предоплаты Исполнитель, в течение десяти рабочих дней осуществляет возврат денежных средств, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов.

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

## 9. Разрешение споров

**9.1.** В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом по поводу качества оказания услуги, стороны решают спор путем двусторонних переговоров.

**9.2.** В случаях, не предусмотренных настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

**ООО «МедГрупп ЦМРТ Выборг»**

ИНН 4704099642, КПП 470401001

ОГРН 1164704056615

Юр. адрес: 188800, Ленинградская область, г. Выборг,

ул. Куйбышева д. 10, пом. 79

р/сч 40702810732030002608 в Филиале

«Санкт-Петербургский» АО «Альфа-Банк»

к/с 30101810600000000786

БИК 044030786

Тел. +7 (911) 9611642

**Комитет по здравоохранению Ленинградской области**

191124, Санкт-Петербург, ул. Лафонская, д.6, лит. А,

Тел.: (812) 679-60-04

Управляющий ИП

\_\_\_\_\_/Муминов Э.В./

### ПАЦИЕНТ

Фамилия, Имя, Отчество \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_ кем \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_

Пациент предоставляет Исполнителю право сообщать информацию о состоянии его здоровья по эл. почте:

\_\_\_\_\_

Подпись

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_