До заключения договора в соответствии с п.3 ст.27 ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. Уведомляем Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), а также назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Также уведомляем Пациента (законного представителя) о возможности получения соответствующих видов помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинской организации по месту прикрепления в рамках ОМС.

С данным уведомлением ознакомлен.

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ДОГОВОР №**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Хабаровск г.

Общество с ограниченной ответственностью «Кристина» Медицинский центр «NEOCORTEX»,( Свидетельство о государственной регистрации 1082722001317 выдано 12.03.2008г. Межрайонной ИФНС России №6 г.Хабаровска, лицензия на осуществление медицинской деятельности№ ЛО-27-01-000818 от 20.06.2012г. выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края ,срок действия-бессрочно), именуемое в дальнейшем

"Исполнитель" в лице **Генерального директора Вороновой Светланы Михайловны**, с одной стороны, и законный представитель несовершеннолетнего пациента до 15 лет **Ф.И.О.** действующий(ая) в его интересах, далее именуемый "Представитель пациента", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1**.**ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать несовершеннолетнему пациенту платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией Исполнителя (при осуществлении доврачебной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, медицинскому массажу, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при осуществлении амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в том числе: в) при осуществлении специализированной медицинской помощи по: лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, педиатрии, травматологии и ортопедии, физиотерапии, функциональной диагностики), а Представитель пациента обязуется своевременно и в порядке, установленном настоящим Договором, оплатить эти услуги согласно Прейскуранту платных медицинских услуг Исполнителя.

1.2. Данные о несовершеннолетнем пациенте:

**Ф.И.О.**

**Дата рождения :**

**Свидетельство о рождении:**

**Справка об инвалидности:**

**Адрес места жительства:**

1.3. Перечень оказываемых Исполнителем по настоящему Договору медицинских услуг определен в Приложении №1, которое является его неотъемлемой частью.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. **Представитель пациента вправе:**

2.1.1. Ознакомиться с порядком и условиями оказания платных медицинских услуг.

2.1.2.Получать заключения с указанием результатов проведенных обследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

2.1.3.Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, предварительно предупредив об этом Исполнителя и уплатив стоимость фактически понесенных им расходов при оказании медицинской услуги.

2.2. **Представитель пациента обязан:**

2.2.1.Предоставить врачу до начала оказания медицинских услуг данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других лечебных учреждениях (при их наличии), а также сообщить все известные и достоверные сведения о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о перенесенных и имеющихся заболеваниях и иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность.

2.2.2.Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства и манипуляций.

2.2.3.Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации врачей, медицинских работников, оказывающих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка, установленные Исполнителем, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.4.Своевременно производить оплату оказанных медицинских услуг, в соответствии с действующим на момент заключения настоящего Договора Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя.

**2.3. Исполнитель вправе:**

2.3.1.Самостоятельно определять объем исследований, лечебно-реабилитационных мероприятий, порядок и сроки их проведения.

2.3.2.Отказать Представителю пациента в проведении лечебно-реабилитационных мероприятий при выявлении у несовершеннолетнего пациента противопоказаний к их проведению.

**2.4. Исполнитель обязан:**

2.4.1.Обеспечить соответствие медицинской услуги требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации, разрешенным на территории Российской Федерации, имеющимся стандартам, утвержденным в установленном порядке, а также нормативными правовыми актами, действующими в системе здравоохранения.

2.4.2.Обеспечить Представителя пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, правилах внутреннего распорядка, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.4.3. Вести необходимую медицинскую документацию.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1.Стоимость медицинских услуг Исполнителя определяется в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг Исполнителя, действующим на дату оказания медицинской услуги.

3.2.Оплата за оказанные медицинские услуги производиться в день их оказания путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления безналичных денежных средств на его расчетный счет.

3.3. По согласованию сторон    оплата за медицинские услуги, может производится в порядке 100% предварительной оплаты стоимости медицинских услуг, либо может вноситься дробно, пропорционально длительности лечения.

3.4.В случае, когда невозможность оказания услуги возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Представитель пациента возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.

**4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

4.1.4.1. 4.1 Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг после подписания настоящего Договора.

4.2.Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинского вмешательства принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния пациента и с его информированного согласия.

4.3.Медицинские услуги оказываются в амбулаторных условиях в помещениях Медицинского центра «NEOCORTEX», по адресу: г. Хабаровск, ул. Орджоникидзе25а

4.4.Срок оказания медицинских услуг с «» г. по «» г.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. В случае ненадлежащего исполнения договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации.

5.2. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения.

5.3. Стороны устанавливают, что Исполнитель освобождается от какой-либо ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг, если это было обусловлено:

-непредставлением Представителем пациента Исполнителю (лечащему врачу) надлежащей информации, равно как и предоставление недостоверной, неполной или ложной информации;

-неисполнением предписаний лечащего врача и/или медицинского работника;

-осуществлением на любой стадии лечения каких-либо несогласованных с врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций иных специалистов или иных третьих лиц);

-сокрытием или несвоевременным предоставлением сведений лечащему врачу о произошедшем ухудшении состояния здоровья.

5.4.Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание медицинских услуг, при условии подтверждения некачественного оказания медицинских услуг, согласно положениям действующего законодательства Российской Федерации.

5.5.Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение (ненадлежащее исполнение) произошло в результате форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки; к форс-мажорным обстоятельствам также относятся решения органов власти и управления, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору).

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И УСЛОВИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий Договор считается заключенным с момента его подписания Сторонами и действует до указанного в п.4.6. срока. Окончание действия договора влечет прекращение обязательств Сторон по договору.

6.2. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения Сторонами своих обязательств:

6.2.1. По письменному соглашению Сторон.

6.2.2. В одностороннем порядке по инициативе Представителя пациента путем подачи заявления на имя руководителя.

**7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

7.1.Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны полномочными представителями Сторон и являются его неотъемлемой частью.

7.2.Представитель Пациента вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

7.3.В случае отказа Представителя пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель производит возврат денежных средств.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой стороны. Оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

**9. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

9.1. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ Пациент подтверждает своё согласие на обработку Учреждением, его персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его здоровья и иные данные, получение которых необходимо для оказания (получения) медицинских услуг.

9.2. Исполнитель вправе в процессе оказания медицинских услуг передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, другим должностным лицам Исполнителя в интересах его обследования и лечения, для экспертизы качества оказания медицинских услуг, а так же на обмен (приём и передачу) персональными данными Пациента со страховой медицинской организацией, (Страховщиком), Территориальным фондом ОМС, органами здравоохранения, с использованием машинных носителей или по каналам связи, либо неавтоматизированным способом, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа.

9.3. Передача персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с его письменного согласия. Пациент вправе в любое время отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

**10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**<<Исполнитель>>: ООО "Кристина" Медицинский центр «NEOCORTEX»,**

**юридический адрес: 680011 г. Хабаровск, ул. Орджоникидзе, д.25а, оф.8а**

**(свидетельство о государственной регистрации 27 №001632865 от 12.03.2008г. ИФНС №6 по Хабаровскому краю)**

ИНН / КПП 2722071283 / 272201001,

Р/с 40702810802150000219 в Дальневосточный филиал ОАО КБ "Восточный" г. Хабаровск

К/с 30101810600000000886, БИК 040813886.

Тел. 241221, 799888

**Генеральный директор**

**ООО «Кристина» МЦ «NEOCORTEX» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Воронова С.М.**

**<<Представитель пациента>>**

**Ф.И.О**.

**Адрес:**

**ИНН:**

**Паспорт**:

**Выдан**:

**Номер телефона**:

**<<Представитель пациента>> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение №1 к Договору № от г.

**Перечень медицинских услуг**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование услуги** | **Цена** | **Скидка** | **Количество** | **Сумма** |
|  |  |  |  |  |  |

**Итого:**

**Исполнитель Представитель пациента**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/С.М.Воронова/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_//

м.п

**** ООО «Кристина» МЦ «Неокортекс»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА**

**КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЕМ, ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения**

**Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**в соответствии со статьей 20 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации" (утв. 21.11.2011 N 323-ФЗ) информирован(а) о состоянии Пациента и подтверждаю свое добровольное согласие на проведение консультации(й), обследования(й) и лечения – Пациента:**

**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения,**

**Настоящим подтверждаю, что в целях установления состояния здоровья ребенка, постановки диагноза, определения дальнейших методов диагностики, назначения лечения выявленного у ребенка заболевания, дальнейшей корректировки назначенного лечения добровольно даю свое согласие на проведение моему ребенку в соответствии с назначениями врача, следующих диагностических исследований и лечебных процедур:**

**- опрос, в том числе, выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); функциональные методы обследования, в том числе: реоэнцефалография, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, вызванные потенциалы, нейромиография; медицинский массаж; лечебная физкультура; физиотерапевтические процедуры.**

**Я подтверждаю, что в моих интересах проинформировать лечащего врача обо всех имеющихся у моего ребенка и известных мне проблемах со здоровьем, о результатах ранее проведенных обследований и лечений, индивидуальной непереносимости и аллергических реакциях на лекарственные средства;**

**Я ознакомлен с внутренним распорядком и правилами в ООО «Кристина» МЦ « Неокортекс» и обязуюсь их соблюдать;**

**Мне лично были разъяснены цель, характер, ход, объем планируемых обследований, а также программа и план реабилитации;**

**Мне известно, что во время обследования и лечения возможно появление об­стоятельств (индивидуальная непереносимость, установле­ние сопутствующего диагноза и т.д.), из-за которых может возникнуть необходимость корректировки намеченного плана и программы лечения, предвидеть которые в момент оформления данного документа не пред­ставляется возможным.**

**Мне разъяснена суть заболевания и прогноз, обязуюсь выполнять все рекомендации лечащего врача, сделанные в соот­ветствии с намеченным планом и программой лечения.**

**Я получил(а) исчерпывающие и понятные мне ответы на вопросы и имел(а) достаточно времени на обдумывание решения о согласии на предложенные моему ребенку консультации, обследование и лечение;**

**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**