**Уведомление Потребителя:**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, уведомлен Исполнителем о том, что (Фамилия, инициалы Потребителя)

несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя - медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе неисполнение 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись Потребителя)

**Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. на оказание платных медицинских услуг**

*(с Потребителем)*

**г. Пермь «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_г.**

**Исполнитель: ООО «Офтальмологический центр «Три-З», г. Пермь, ул. Екатерининская, д. 105, 107, свидетельство о гос. регистрации серии 26 № 003357309, от 29.10.2010 г. ИФНС России по г. Пятигорску,**  ОГРН 1102632002857, тел. 8-800-250-333-0, Лицензия № ЛО-59-01-003536 от 19.02.2016 г. Перечень работ (услуг): При осуществлении 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: анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; управлению сестринской деятельностью, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, выдана Министерством здравоохранения Пермского края, г. Пермь, ул. Ленина, 51, (342) 217-79-00. **Место оказания услуг:** г. Пермь, ул. Екатерининская, 105, 107, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и

**Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. полностью, дата рождения, адрес регистрации, телефон Потребителя)

1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в Приложениях к настоящему договору.

2. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным руководителем Исполнителя. С действующим прейскурантом Потребитель может ознакомиться на стойках регистратуры Исполнителя. Общая сумма договора будет соответствовать сумме оказанных медицинских услуг согласно Приложений к настоящему договору.

3. Оплата производится путем внесения стоимости услуг в кассу Исполнителя перед оказанием услуг. Исполнитель обязан выдать кассовый чек (или квитанцию) Потребителю. В случае утери кассового чека или квитанции Потребитель вправе письменно обратиться к Исполнителю за получением документа, подтверждающего оплату услуг.

4. Исполнитель обязан предоставить услуги в соответствии со Стандартами оказания медицинской помощи, качественно в сроки, указанные в Приложениях к настоящему договору.

4.1. Срок оказания услуг может быть изменен по соглашению сторон. Согласием Потребителя на изменение срока оказания услуг Исполнителем является получение услуги и/или посещение специалиста Исполнителя в иной срок, согласованный с Исполнителем. Согласием Исполнителя на изменение срока оказания услуг является предварительная запись Потребителя или непосредственное оказание услуги.

4.2. Потребитель согласен на осуществление Исполнителем видео, фотосъемки всех манипуляций, проводимых в ходе оказания услуг, с последующим использованием полученных материалов исключительно в научных целях при проведении семинаров и конференций для медицинских работников.

5. Качество услуг должно соответствовать условиям договора, медицинским стандартам, клиническим рекомендациям, требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия потребителя, оформленного в порядке, установленном [законодательством](consultantplus://offline/ref=915C4751B6D487FAA8AECAA2BFB9F1378514F7D6B247BF32D68A06E8474FF91D188D921BA6A8AACAMDhBJ) РФ.

6. После оказания услуг Исполнитель предоставляет Потребителю информацию в виде заключения, содержащего данные о проведенном обследовании, лечении, назначениях и рекомендациях. Выдача Потребителю указанных документов является подтверждением оказания услуг. О получении заключения Потребитель расписывается в экземпляре заключения Исполнителя.

7. Потребитель обязан:

- до оказания услуги информировать представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) о наличии текущих и о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях;

- точно исполнять указания представителя Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), точно исполнять назначения, указанные в заключении;

**7.1. Потребитель не вправе предлагать работникам Исполнителя какие бы то ни было вознаграждения, осуществлять какие-либо выплаты, помимо оплаты услуг по настоящему договору, в противном случае Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора.**

7.2. Потребитель согласен получать информацию об услугах Исполнителя (акциях, скидках и т.д.) по следующему телефону\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, электронному адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Исполнитель несет ответственность в случае причинения вреда здоровью Потребителя в результате неисполнения или не надлежащего исполнения требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, согласно действующему законодательству РФ.

9. Настоящий договор может быть изменен по соглашению сторон. В случае выявления в процессе оказания услуг необходимости проведения дополнительных обследований, диагностики, лечения, Исполнитель сообщает об этом Потребителю. При наличии возможности оказания соответствующих услуг Исполнителем, и согласия Потребителя получить и оплатить дополнительные услуги у Исполнителя, стороны подписывают приложение к договору. В случае отсутствия возможности оказания дополнительных услуг Исполнителем или отказа Потребителя от проведения дополнительного обследования или лечения, оказание услуг, продолжение которых невозможно без проведения дополнительного обследования и/или лечения Потребителя, приостанавливается до прохождения Потребителем необходимых обследований и лечения или до получения от Потребителя заявления об отказе от услуги. В случае, получения от Потребителя заявления об отказе от услуги, Исполнитель обязан вернуть Потребителю стоимость не оказанных услуг, за вычетом понесенных расходов.

9.1. При наличии показаний, по желанию Потребителя Исполнитель осуществляет его транспортировку в клинику Исполнителя, находящуюся по адресу г. Пермь, ул. Екатерининская, 105, 107 для прохождения дополнительного обследования или проведения операции. Исполнитель транспортирует Потребителя к месту проведения операции (дополнительного обследования) и обратно безвозмездно.

10. Договор вступает в силу с даты его подписания, указанной на первой странице договора и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

11. Договор может быть расторгнут досрочно в порядке и случаях, предусмотренных законодательством РФ и настоящим договором. В случае, получения от Потребителя заявления об отказе от услуги, Исполнитель обязан вернуть Потребителю стоимость оплаченных, но не оказанных на момент получения заявления услуг, за вычетом понесенных расходов. Предоставленную Исполнителем медицинскую услугу Потребитель обязан оплатить в сроки и в порядке, которые определены договором. Потребитель не вправе отказаться от оплаты оказанных услуг, предусмотренных настоящим договором.

12. Споры и разногласия решаются путем переговоров, привлечения консилиума врачей в случае необходимости, в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

13. Исполнитель обязуется обеспечить конфиденциальность информации о персональных данных Потребителя, а так же хранить тайну о сведениях, о состоянии здоровья Потребителя. Конфиденциальная информация о персональных данных и о состоянии здоровья Потребителя может быть предоставлена законным представителям, а так же в случаях предусмотренных законодательством.

14. **Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один для Исполнителя, второй для Потребителя.**

**Один экземпляр договора № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. на оказание платных медицинских услуг,**

**мною получен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(** Дата) (Подпись Потребителя) (Расшифровка подписи)

**15. Согласие на оказание платной медицинской услуги:**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проинформирован Исполнителем о

(Фамилия, инициалы Потребителя)

возможности получения медицинской услуги без взимания платы в государственных медицинских учреждениях, в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=09851CBB843418E652F091FF47DA340DD05838268248B8E0A41FD2590D106C35F4575D16CCCDE085v5v4J) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Мне подробно объяснили особенности оказания медицинской услуги, ознакомили со стоимостью услуги. Я понял все вышеизложенное. Даю добровольное согласие на оказание мне данной медицинской услуги за плату.

**Потребитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

**16. Подписи сторон:**

**Исполнитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи) (должность)

**Потребитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)