

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, _____, дата рождения _____ г., подтверждаю, что (1) несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья; (2) ознакомился с лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя и предоставляемыми на основании лицензии услугами; (3) ознакомился с Правилами предоставления медицинских услуг, с Прейскурантом, Правилами поведения потребителей и посетителей, размещенных на информационных стендах Исполнителя; (4) предупрежден о том, что в помещениях Исполнителя с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

Я также информирован(а) о возможности получения мною бесплатной медицинской помощи - 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.

Я информирован(а) о том, что Исполнитель не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывает платную медицинскую помощь.

(Дата) **16 июня 2025 г.**

(Подпись)

В случае, если договор подписывается заказчиком:

(Дата) **16 июня 2025 г. г.**

(Подпись)

Договор на оказание платных медицинских услуг № НОМЕР-1

г. Москва

16 июня 2025 г. г.

ООО «ЦЕНТР ИНТЕГРАЛЬНОЙ ПРЕВЕНТИВНОЙ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ» (ОГРН1227700617320 ИНН 9702046644, <https://doctordlin.ru/>) действующее в соответствии с лицензией Л041-01137-77/00654218 на медицинскую деятельность, выданной департаментом здравоохранения города Москвы, Оружейный пер. д 43, тел. +7 (495) 777-77-77, согласно приложениям: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: диетологии, косметологии, лечебной физкультуре, мануальной терапии, неврологии, остеопатии, психотерапии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, эндокринологии от 31.05.2023г., действующей бессрочно, в лице генерального директора Длин Екатерины Викторовны действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и _____ дата рождения _____, именуемый(ая) в дальнейшем «ПОТРЕБИТЕЛЬ», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказывать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги, по своему профилю деятельности в соответствии с перечнем, предусмотренных лицензией, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно

оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

1.2 Перечень, стоимость и сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг, предоставляемых Потребителю, указываются в Дополнительном соглашении (Приложение №1 к договору). По медицинским показаниям и/или с согласия Потребителя, ему могут быть оказаны и иные услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Потребителем или его представителем дополнительно. Потребитель (Заказчик) ознакомлен и согласен с Правилами и порядком предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом Исполнителя.

(Ф.И.О. потребителя /представителя)

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика)

(подпись)

1.3 При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим российским законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя по адресу:

г. Москва, ул. Гиляровского, д. 51, каб.17

2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя.

2.3. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной, факсимильной и иной связи.

Телефон регистратуры: **+7(495) 489-08-88**

2.4. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, виды медицинского вмешательства, их последствия и ожидаемые результаты оказания медицинской помощи доводятся до сведения Потребителя в рамках Информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 20 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан».

2.6. Платные медицинские могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя (Заказчика).

2. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1 Стороны договорились, что оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем в полном объеме в день оказания услуги, если иной порядок не предусмотрен настоящим Договором или соглашением сторон. Оплата услуг Исполнителя производится путем внесения наличных денежных средств в кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

4.1 Права и обязанности Исполнителя:

4.1.1 Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего

договора.

4.1.2 Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов, о программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; о конкретном медицинском работнике, оказывающем медицинскую услугу по Договору, его квалификации, режиме работы; о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, о возможных видах медицинского вмешательства и ожидаемых результатах медицинских услуг, иной информацией и сведениями в соответствии с требованиями российского законодательства, о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для оказания качественных медицинских услуг.

4.1.3 Обеспечить выполнение принятых на себя обязательств по оказанию медицинских услуг силами собственных специалистов.

4.1.4 Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья и выдать по письменному требованию Потребителя или его законного представителя копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Потребителя в течение 30 дней.

4.2 Права и обязанности Потребителя:

4.2.1 Потребитель имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.2.2. Потребитель имеет право получать без взимания отдельной платы после исполнения договора копии медицинских документов (выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях в сроки, установленные действующим законодательством РФ.

4.2.3. Информация, содержащаяся в медицинских документах Потребителя, составляет врачебную тайну и может предоставляться без согласия Потребителя только по основаниям, предусмотренным пунктом 5 настоящего Договора.

4.2.4. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Потребителем или его представителем, а также медицинским работником.

4.2.5. Потребитель обязуется предоставлять информацию до оказания услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях к различным видам лечения и диагностики.

4.2.6. Точно выполнять назначения врача, надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос даты оказания услуги по согласованию с Потребителем.

4.2.7. Выполнять все требования, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги), соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, план лечения, в том числе в период после оказания медицинских услуг, информировать Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги) о невыполнении назначений и причинах этого.

4.2.8. Соблюдать режим работы Исполнителя, Правила поведения потребителей и посетителей в медицинской организации, размещенные на информационных стендах (стойках) Исполнителя (по месту нахождения Исполнителя) в месте, доступном Потребителю (Заказчику) для ознакомления с ним, а также на официальном интернет-сайте Исполнителя (<https://www.doctordlin.ru>).

4.2.9. Потребитель соглашается указать мобильный телефон для получения уведомлений информационного характера и дополнительной информации от ООО «Центр интегральной превентивной и восстановительной медицины». Потребитель имеет право отказаться от получения сообщений путем подачи заявления на имя руководителя Исполнителя.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1 Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2 Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

5.3 Я, _____, выражаю свое согласие/ несогласие на получение следующих сервисных услуг

№	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии
1)	<u>Получение SMS уведомлений</u> : оповещение о записи на прием в клинику, о графике работы клиники, акциях и новых услугах.	Да Нет
2)	<u>Получение по электронной почте</u> : информации об акциях, новых услугах и персональных предложениях.	Да Нет

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1 Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего Договора, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в соответствии с законодательством РФ.

6.2 Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1 При предъявлении Потребителем (Заказчиком) требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в 10-ти дневный срок с момента получения требования.

7.2 Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до конца календарного года включительно.

Если ни одна из Сторон не уведомит вторую Сторону о своем желании прекратить сотрудничество не менее чем за 30 (тридцать) календарных дней до даты истечения срока действия Договора, срок действия Договора продлевается на следующий год. Количество таких продлений не ограничено.

8.2 Настоящий Договор может быть расторгнут: по соглашению Сторон в любое время; любой из Сторон в одностороннем порядке с обязательным предварительным письменным уведомлением другой Стороны не менее чем за 10 (десять) календарных дней до даты расторжения;

В случае приобретения пациентом медицинских услуг со скидкой, утверждённой в прейскуранте или в других документах, утверждённых администрацией исполнителя и его прерывания по причинам не зависящим от исполнителя, пациенту возмещается стоимость услуг, которые не были предоставлены исполнителем, при этом возмещению подлежит разница между оплаченной пациентом стоимостью курса услуг и стоимостью фактически оказанных исполнителем услуг, которая рассчитывается исходя из цены, установленной в прейскуранте, действующем на момент приобретения курса услуг, без учёта скидки (за 1 сеанс услуги). В случае, если стоимость фактически оказанных исполнителем услуг (рассчитанная по прейскуранту без скидки) превышает стоимость курса услуг, такая разница подлежит возмещению пациентом.

8.3 Обязательства Сторон по Договору, которые в силу своей природы должны продолжать действовать (включая обязательства в отношении проведения взаиморасчетов), остаются в силе после окончания действия Договора.

8.4 Все дополнения и Приложения к настоящему Договору вступают в силу с момента подписания и являются его неотъемлемой частью.

Стороны договорились признавать действительными факсимильные и сканированные версии договора, приложений, протоколов согласования стоимости услуг и дополнительных соглашений к настоящему договору до момента получения сторонами оригиналов указанных документов.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1 Договор и его исполнение регулируется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.2 ООО «Центр интегральной превентивной и восстановительной медицины» оставляет за собой право вносить изменения в прейскурант услуг. Указанные изменения вступают в силу в момент их утверждения Генеральным Директором. Стоимость медицинской услуги определяется прейскурантом на момент обращения Потребителя и указывается в дополнительном соглашении к нему.

9.3 Любые изменения и дополнения к Договору действительны при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами.

9.4 Любые уведомления по настоящему Договору направляются уведомляющей Стороной в адрес уведомляемой Стороны по электронной почте, факсом, курьером или почтой с уведомлением о вручении. При этом копии документов, доставленные по электронной почте или по факсу, признаются Сторонами, имеющими юридическую силу до момента обмена оригиналами, который Стороны производят в возможно короткие сроки.

9.5 Все акты, приложения и дополнения к Договору являются неотъемлемой частью Договора.

9.6 В случае если одно или более положений Договора будут признаны недействительными, такая недействительность не оказывает влияния на действительность любого другого положения Договора и Договора в целом.

9.7 Все споры и разногласия между Сторонами по Договору, в связи с Договором и/или его исполнением Стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров. Срок рассмотрения претензии - 30 (тридцать) календарных дней со дня ее получения. В случае не достижения Сторонами в ходе переговоров соглашения по спорным вопросам, любая из Сторон может обратиться в суд в соответствии с правилами подсудности, предусмотренными Законодательством РФ.

9.8 Информация, содержащаяся в Договоре, а также факт заключения Договора имеют

конфиденциальный характер. За исключением случаев, прямо указанных в Договоре или предварительно согласованных Сторонами в письменной форме в виде дополнительного соглашения к Договору, ни одна из Сторон не вправе каким-либо образом использовать полное, сокращенное фирменное наименование, товарные знаки, коммерческие обозначения и иные средства индивидуализации, принадлежащие второй Стороне, без предварительного разрешения последней.

9.9 Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

В случае участия Заказчика в договоре, договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя.

10. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Центр интегральной превентивной и
восстановительной медицины»:
ИНН 9702046644 КПП 770201001
ОГРН 1227700617320
Расчетный счет: 40702810402660003697
Наименование банка:
АО «АЛЬФА-БАНК» г. Москва
Корр. счет: 30101810200000000593
БИК 044525593
129110, Москва г, Гиляровского ул., дом 51,
каб. 17
Телефон: +7(495) 489-08-88

Потребитель:

Потребитель (Заказчик):

Фамилия, имя, отчество: _____

Документ, удостоверяющий личность:

Паспорт _ _

Адрес места жительства: _____

Адрес для почтовой корреспонденции: _____

Телефон:

E-mail:

**В случае, если Потребителем является
несовершеннолетний или недееспособный гражданин, от
имени и в интересах Потребителя действует Законный
представитель/Заказчик:**

Фамилия, имя, отчество: _____

Документ, удостоверяющий личность:

Данные документа, удостоверяющего законное
представительство:

Телефон: _____

Потребитель (Заказчик) /Законный представитель:

(подпись, Ф.И.О)

Генеральный директор:
Длин Е. В.

Подпись: _____

**Приложение №1 к Договору
на оказание платных
медицинских услуг**

ООО «Центр интегральной превентивной и восстановительной медицины» в лице генерального директора **Длин Екатерины Викторовны**, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», с одной стороны, и _____ (дата рождения) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «**ПОТРЕБИТЕЛЬ**», с другой стороны, заключили настоящее соглашение, по которому Исполнитель обязуется оказать, а Потребитель, обязуется принять и оплатить следующие медицинские услуги на условиях Договора № НОМЕР-1

Перечень
медицинских услуг, оказываемых потребителю

Наименование платной медицинской услуги	Код Услуги по Номенклатуре	ФИО, медицинская специальность, квалификация работника Исполнителя	Срок оказания (ожидания) услуги	Стоимость	Дата оказания услуги в полном объеме, подпись медицинского работника и Потребителя

**Генеральный директор
ООО «Центр интегральной превентивной и
восстановительной медицины»**

Длин Е.В. _____ М.П.

Потребитель

(_____)