

**Договор  
на оказание платных медицинских услуг**

г. Ульяновск

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

ООО «Медицинский центр ВЕРБРИ+» (ОГРН 1077326038162, зарегистрирован ИФНС России по Железнодорожному р-ну г. Ульяновска, свидетельство 73 № 001784416, лицензия №Л041-01188-73/00318884 от 05.02.2018 г. на право осуществления медицинской деятельности: при оказании 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: акушерскому делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, 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: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, кардиологии, неврологии, офтальмологии, рентгенологии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги):при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, (Выдана Министерством здравоохранения и социального развития Ульяновской области, 432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, т/ф 8(8422) 41-05-01, 8(8422)41-37-88), именуемый в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора Алиева Махача Маратовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(Ф.И.О., полностью)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик) (законный представитель «Заказчика») с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю специализированные медицинские услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю Лицензией, а Потребитель принять и оплатить их по прейскуранту Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

Наименование и стоимость оказываемых медицинских услуг, указаны в таблице:

| № | Наименование услуги | Цена за ед. (руб.) | Количество услуг | Всего (руб.) |
|---|---------------------|--------------------|------------------|--------------|
| 1 |                     |                    |                  |              |
|   |                     |                    |                  |              |
|   | <b>ИТОГО:</b>       |                    |                  |              |

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель уведомил его о том, что, подписав настоящий Договор Потребитель добровольно согласился на оказание ему указанных услуг на платной основе.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: 432048, г. Ульяновск, ул. Спуск Минаева, д. 6.

1.4. Стоимость медицинских услуг указана на официальном сайте Исполнителя email: [www.verbri.ru](http://www.verbri.ru).

**2. Права и обязанности сторон**

**2.1. Исполнитель обязан:**

2.1.1. Предоставлять медицинские услуги при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.1.2. Обеспечить оказание качественных медицинских услуг Потребителю с надлежащим качеством и с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики и лечения, разрешенным на территории РФ согласно режиму работы Исполнителя и перечню предоставляемых медицинских услуг.

2.1.3. В случае возникновения препятствия для выполнения условий настоящего Договора Исполнитель обязан извещать об этом Потребителя (Заказчика).

2.1.4. В одностороннем порядке отказаться от исполнения Договора в соответствии со ст. 36 Закона РФ «О защите прав потребителей», если Потребитель после уведомления о необходимости устранить обстоятельства, снижающие качество оказываемой услуги, не устранил данные обстоятельства.

2.1.5. Требовать от Потребителя (законного представителя Потребителя) предоставления сведений и документов, необходимых для оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

2.1.6. Исполнитель гарантирует право Потребителя на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской услугой, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, составляющих врачебную тайну, и обеспечивает ее конфиденциальность.

2.1.7. Ставить в известность Потребителя о предполагаемой сумме дополнительных расходов.

2.1.8. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.9. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема Исполнитель вправе направить Потребителя к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации или увеличить сроки оказания услуг.

2.1.10. Изменить дату и время приема Потребителя при нарушении графика приема, если это нарушение вызвано объективными причинами, т.е. не подлежащими прогнозу осложнениями, возникшими при лечении других пациентов, с целью окончания лечения текущему Пациенту.

2.1.11. Требовать оплаты оказанных услуг.

**2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Отказать в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя.

2.2.2. Отказать в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний, а также при риске нанесения вреда здоровью Потребителя.

2.2.3. Отказать в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя.

**2.3. Потребитель обязан:**

2.3.1. Оплатить оказание медицинской помощи на условиях, указанных в настоящем Договоре.

2.3.2. Выполнять все назначения лечащего врача и медицинского персонала, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, а также соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя.

2.3.3. Сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса.

2.3.4. Явиться для получения медицинских услуг в назначенное время.

2.3.5. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины (болезни) для переноса сроков выполнения медицинских услуг.

2.3.6. Явиться в медицинское учреждение за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомить Исполнителя за 24 часа об отмене предварительной записи визита к врачу.

**2.4. Потребитель имеет право:**

2.4.1. На охрану здоровья и медицинскую помощь. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала.

2.4.2. Требовать предоставления услуг надлежащего качества, получать информацию о состоянии своего здоровья, о результатах оказания услуг, исчерпывающую информацию о предоставляемых услугах, не вмешиваясь в деятельность Исполнителя. Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

2.4.3. Выбирать лечащего врача с учетом специализации врача и его согласия.

2.4.4. Выбирать время приема у врача из имеющегося свободного.

2.4.5. На добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законодательством, информацию о порядке оказания медицинских

услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; информацию о профессиональном образовании, квалификации медицинских работников медицинского учреждения; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи; другие сведения относящиеся к предмету Договора.

2.4.6. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, за исключением случаев предусмотренных законодательными актами.

2.4.7. Получить денежные средства, внесенные за оказание платных медицинских услуг, но не получившим данную медицинскую услугу.

### **3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Все медицинские услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3.2. Потребитель подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- информацию о враче, оказывающем медицинские услуги, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- сроки ожидания предоставления платных услуг;
- местонахождение, режим работы Исполнителя, перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- иные сведения, по требованию Потребителя, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

Потребитель (законный представитель Потребителя) уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.3. Лечащий врач в соответствии с медицинскими показаниями и возможностями, после осмотра Потребителя устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты диагностики и лечения, последствия лечения, предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения, информирует об этом Потребителя.

3.4. Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья Потребителя диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения Потребителя к Исполнителю.

3.5. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оказываются только после получения письменного согласия Потребителя.

### **4. Цена договора и порядок расчета**

4.1. При подписании настоящего Договора Потребитель (Заказчик) оплачивает медицинские услуги в порядке 100% предоплаты.

4.2. Расчет с Исполнителем осуществляется Потребителем (Заказчиком) путем перечисления средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в настоящем Договоре либо наличными денежными средствами в кассу учреждения.

### **5. Ответственность сторон**

5.1. В случае неисполнения или частичного исполнения услуг по настоящему Договору Исполнитель обязуется вернуть Потребителю ранее внесенную сумму предоплаты за вычетом стоимости уже выполненных услуг.

В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.2. Исполнитель не несет ответственности перед Потребителем в случаях:

- сообщения Потребителем Исполнителю неполных и/или неточных сведений, необходимых для диагностики и лечения (об истории жизни и заболевания, других перенесенных заболеваниях, наследственных болезнях, аллергических и иных реакциях и пр.);
- невыполнения назначений и рекомендаций лечащего врача;
- несоблюдения Потребителем, рекомендованного лечащим врачом лечебно-охранительного режима, лечебного питания, употребление во время лечения алкоголя, наркомания, других токсических средств или лекарств, которые не назначались;
- несоблюдения во время лечения установленного внутреннего распорядка и режима работы Исполнителя.

5.3. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

### **6. Порядок разрешения споров, претензии Сторон**

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны решают путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

6.2. Все претензии оформляются в письменном виде. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) на бумажном носителе по почте, в электронном виде с использованием информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на электронную почту Исполнителя: [werbri\\_plus@mail.ru](mailto:werbri_plus@mail.ru). Срок рассмотрения претензии составляет 10 (десять) рабочих дней с даты получения.

6.3. При неурегулировании Сторонами спора в досудебном порядке споры разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **7. Порядок изменения и расторжения Договора**

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. При этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

### **8. Заключительные положения**

8.1. Договор на оказание медицинских услуг заключен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами.

8.3. Все приложения и дополнительные соглашения, созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

8.4. Подписывая данный договор, Потребитель в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального Закона №152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», подтверждает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии здоровья и иные персональные

данные в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг. В процессе оказания услуг Потребитель предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах обследования и лечения Потребителя. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

8.5. Подписывая данный договор, Потребитель соглашается с ведением видеосъемки на территории медицинского центра в целях безопасности, о чем предупрежден заранее перед входом в центр.

8.6. Подписывая настоящий договор, Потребитель и Исполнитель выражают согласие на оказание медицинских услуг в соответствии с согласованным с заказчиком планом диагностики и лечения, который может не совпадать с существующими клиническими рекомендациями МЗ РФ и стандартами оказания медицинской помощи.

8.7. Подписывая данный договор, Исполнитель не согласен о предоставлении своих персональных данных и информации о его здоровье в информационную систему ЕГИСЗ.

8.8. Стороны согласились, что при заключении настоящего договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Я даю согласие оператору на отправку результатов лабораторных исследований моих и(или) представляемого на адрес электронной почты _____.</p> <p>Я подтверждаю, что адрес электронной почты записан мною собственноручно, а также принимаю на себя ответственность за сохранность персональных данных, поступивших на вышеуказанный электронный адрес</p> <p>_____<br/>(подпись) (Ф.И.О. пациента/законного представителя)</p> <p>Я согласен на отправку мне медицинской организацией сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации, в том числе о готовности результатов лабораторных исследований, и разрешаю медицинской организации в рекламных целях использовать любые средства связи, в том числе по электронной почте, SMS, MMS, Viber, WhatsApp, Telegram, MAX на телефонный номер _____.</p> <p>Я подтверждаю, что номер телефона записан мною собственноручно, а также понимаю, что Оператор не несет ответственности за недоставку уведомлений по вине третьих лиц</p> <p>_____<br/>(подпись) (Ф.И.О. пациента/законного представителя)</p> | <p>Я не даю согласие оператору на отправку результатов лабораторных исследований моих и(или) представляемого на мой адрес электронной почты или мой телефон.</p> <p>Я не согласен на отправку мне медицинской организацией сообщений рекламного характера о проводимых акциях на медицинские услуги, персональных предложениях, скидках, а также другой информации, в том числе о готовности результатов лабораторных исследований, и не разрешаю медицинской организации в рекламных целях использовать любые средства связи, в том числе по электронной почте, SMS, MMS, Viber, WhatsApp, Telegram на мой телефонный номер.</p> <p>_____<br/>(подпись) (Ф.И.О. пациента/законного представителя)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 9. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

### «Исполнитель»

ООО «Медицинский центр Вербри+»  
432048, г. Ульяновск, ул. Спуск Минаева, д. 6  
ИНН: 7326029777  
КПП: 732601001  
ОГРН 1077326038162  
Счёт: 40702810018970001693  
Корреспондентский счёт: 30101810145250000411  
БИК: 044525411  
Банк: ФИЛИАЛ "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" БАНКА ВТБ (ПАО)  
Тел.: (8422) 58-20-40  
Факс: (8422)58-20-50

Директор

\_\_\_\_\_  
/ М.М. Алиев/  
М.п.

### «Потребитель» (Заказчик)

Гражданин (Ф.И.О, при наличии)

\_\_\_\_\_  
Адрес места жительства (регистрации):

\_\_\_\_\_  
Данные документа удостоверяющего личность

Телефон \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_  
Сведения о законном представителе \_\_\_\_\_  
ФИО (при наличии) \_\_\_\_\_  
адрес места жительства, телефон, документ  
удостоверяющий личность и подтверждающий полномочия  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
/ \_\_\_\_\_ /  
«\_\_» \_\_20\_\_г.