

**Договор № \_\_\_\_\_  
о предоставлении медицинских услуг**

г. Нижнекамск \_\_\_\_\_

ООО «Центр микрохирургии глаза «Прозрение» (Лицензия № ЛО-1601-001083 от 08.07.2010г. выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан), в лице генерального директора Гилязова Р.М., действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

**гр.** \_\_\_\_\_,

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

**1. Предмет договора**

- 1.1. «Пациент» поручает, а «Исполнитель» обязуется оказать медицинскую услугу:

\_\_\_\_\_ в срок до 3 (Трех) месяцев от даты подписания договора, в соответствии с имеющейся лицензией на данный вид услуг. Факт выполнения услуг подтверждается Актом выполненных работ.

1.2. Амбулаторная карта является приложением к настоящему договору, составляется в одном экземпляре и хранится у «Исполнителя» до истечения срока хранения документов. «Добровольное информированное согласие «Пациента» на медицинское вмешательство» является составной частью Амбулаторной карты.

**2. Цена договора и условия оплаты**

2.1. Цена определяется в соответствии с Прейскурантом цен и может быть скорректирована в зависимости от затрат «Исполнителя» на проведение лечения. В цену договора включается стоимость собственно лечения, послеоперационный набор медикаментов в количестве штучной упаковки конкретного препарата (недостающие до полного курса медикаменты приобретаются «Пациентом» за свой счет), а также обязательный осмотр и консультации до 1 (Одного) месяца после лечения. В цену договора не включается стоимость имплантируемых интраокулярных линз, которые приобретаются «Пациентом» самостоятельно за свой счет.

2.2. «Пациент» согласен на полную предварительную оплату медицинских услуг «Исполнителя», согласно Прейскуранту цен в размере \_\_\_\_\_.

2.3. Оплата за медицинские услуги «Исполнителя» может производиться как самим «Пациентом», так и его страховой компанией, работодателем или иным заинтересованным лицом, как наличным, так и безналичным способом (оплата должна быть произведена в течение трех банковских дней с момента подписания договора и выставления счета).

2.4. При оплате услуг, оказываемых по настоящему договору, третьими лицами в обязательном порядке указывается фамилия, имя и отчество пациента, за которого производится оплата.

**3. Права и обязанности сторон****3.1. «Пациент» в праве:**

- 3.1.1. получить Выписку из Амбулаторной карты с результатами лечения;  
3.1.2. отказаться от исполнения настоящего договора в любое время при условии оплаты «Исполнителю» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств договору;  
3.1.3. перенести лечение на другой день и время, назначенные по согласованию с «Исполнителем», предварительно не менее чем за два дня, в письменной форме, уведомив об этом «Исполнителя».

**3.2. «Пациент» обязуется:**

- 3.2.1. до оказания медицинской услуги информировать «Исполнителя» о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях на медикаменты и других медицинских противопоказаниях. По запросу «Исполнителя» «Пациент» обязан предоставить дополнительную медицинскую амбулаторную карту / выписку из амбулаторной карты из поликлиники по месту жительства, предъявить необходимые справки о состоянии здоровья и анализы, а также заключения специалистов.  
3.2.2. строго соблюдать рекомендации и неукоснительно выполнять все назначения «Исполнителя». В том числе:  
- не употреблять спиртные напитки не менее чем за 48 часов до назначенного лечения и в течение 10 (десяти) дней после;  
- не пользоваться любыми косметическими средствами в день лечения (парфюмерия, декоративная косметика и т.д.);  
- явиться на назначенную ему процедуру в точно указанное «Исполнителем» время;  
- не приезжать на операцию за рулем а/м и прибыть с сопровождающим;  
- иметь при себе солнцезащитные затемненные очки;  
- строго соблюдать все указания «Исполнителя» во время проведения лечения (стабильная фиксация положения головы, фиксация взгляда на мигающей метке во время процедуры, сохранение неподвижности всего тела и т.д.);  
- посещать «Исполнителя» для послеоперационного наблюдения строго по определенному ему графику;  
- первый месяц после операции соблюдать строгий охранительный режим, не подвергать себя риску простудных, инфекционных заболеваний.

**3.3. «Исполнитель» обязуется:**

- 3.3.1. провести предоперационную подготовку, создать необходимые для нормального проведения лечения, провести послеоперационное наблюдение в течение 1 (Одного) месяца, входящее в стоимость лечения;  
3.3.2. назначать «Пациенту», при необходимости, дату следующего посещения.

**3.4. «Исполнитель» вправе:**

- 3.4.1. отказать «Пациенту» в оказании услуги при явке его к «Исполнителю» под воздействием алкоголя, наркотиков, психотропных препаратов и пребывания «Пациента» в состоянии волнения и/или беспокойства затрудняющих общение с «Пациентом» и проведение лечения;  
3.4.2. отказать «Пациенту» в проведении лечения, при выявлении у него заболеваний либо иных обстоятельств, делающих проведение лечения невозможным или нежелательным, вернув внесенную сумму «Пациенту», за исключением стоимости диагностики и консультации;  
3.4.3. в случае неоплаты «Пациентом» стоимости услуг, «Исполнитель» имеет право отказать «Пациенту» в предоставлении медицинской услуги;  
3.4.4. при несоблюдении «Пациентом» медицинских рекомендаций и требований «Исполнителя», в связи с подготовкой и проведением лечения, а также в связи с последующим наблюдением, отказать «Пациенту» в оказании услуг, как на момент лечения, так и в дальнейшем;  
3.4.5. учитывая индивидуальные особенности «Пациента», самостоятельно выбирать оздоровительные меры, необходимые ему в до-, и в послеоперационный период. А также устанавливать график посещений «Исполнителя» после лечения, отражаемый в медицинской карте «Пациента».

**4. Прочие условия**

4.1. «Пациент» получил полную, и в доступной форме, информацию о предоставляемой услуге и о возможных ее осложнениях. «Пациент» ознакомлен с Положением «О порядке оказания платных медицинских услуг» «Исполнителя» и согласен на условия оказания медицинских услуг, изложенных в указанном Положении. На основании полученной информации

«Пациент» соглашается на медицинское вмешательство. В случаях указываемых «Исполнителем», в настоящем договоре, медицинской карте, информированном согласии и других документах может потребоваться подпись законного представителя, родственника, сопровождающего и другого лица.

**4.2.** «Пациент» предоставляет персональную информацию о себе, в том числе: свое полное имя, дату рождения, место жительства, данные паспорта, номер телефона, индивидуальный номер налогоплательщика, страховой номер индивидуального лицевого счета ПФР, данные полиса обязательного страхования, данные полиса/договора/страховщика по добровольному медицинскому страхованию, данные о здоровье (в том числе об инфицировании вирусным гепатитом и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)). В случае если плательщиком является не «Пациент», а другое физическое лицо, данным лицом предоставляется информация о полном имени, адресе, данных паспорта, индивидуальном номере налогоплательщика.

**4.3.** Указанная в п.п. 4.2. договора информация предоставляется для: исполнения настоящего договора, договора добровольного медицинского страхования, договора обязательного медицинского страхования, в силу законодательства об охране здоровья граждан, законодательства об обязательном медицинском страховании, налогового законодательства. При этом применяются меры для ее сохранности и нераспространения. Информация предоставляется бессрочно. Информация может быть использована в научных, образовательных, статистических и подобных этим целях. Информация может передаваться без ограничений между следующими лицами: ООО «Прозрение», ООО «Центр микрохирургии глаза Прозрение», ИП Гилязов Рустам Махмутович (в т.ч. их работниками, при исполнении своих должностных обязанностей), которые обязаны обеспечивать меры ее сохранности и нераспространения. Иным лицам информация предоставляется лишь в предусмотренных законодательством случаях.

**4.4.** В случае если, «Пациент» не обращается за услугой в рамках обязательного/добровольного медицинского страхования, не собирается подавать сведения об услуге в налоговые органы, он вправе не предоставлять информацию своему страхованию и налоговому учету.

**4.5.** При любом нарушении условий настоящего договора (в том числе неявок и опозданий на прием, отказов от подписей со стороны как «Пациента», так и предусмотренных договором лиц со стороны «Пациента», непредоставление, либо предоставление неверной информации о себе или имеющихся заболеваниях, нарушение режима лечения, нарушения порядка в учреждении и других), «Исполнитель» вправе прекратить дальнейшее оказание медицинских услуг, удержав стоимость услуг полученных «Пациентом» к моменту прекращения их оказания.

**4.6.** «Исполнитель» не несет ответственности за результаты оказания услуги в случаях:

- несоблюдения «Пациентом» его указаний и рекомендаций,
- наличия у «Пациента» скрытой патологии, непредоставление либо предоставление неверной информации, необходимой для качественного оказания услуги, информации относящейся к противопоказаниям для осуществления лечения и влияющей на успешный исход лечения. В том числе, но не исключая: беременность (на любых сроках); аборт, произведенный менее чем за один месяц до назначенного лечения; тяжелые общие заболевания (сахарный диабет, тяжелая сосудистая патология, коллагенозы, иммунодефицитное состояние и др.)

**4.7.** В случае возникновения разногласий стороны принимают все меры к разрешению их путем переговоров. В противном случае сторона, считающая, что ее права по договору нарушены, обязана направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 30 дней с момента получения. В случае неполучения ответа или получения неудовлетворительного ответа, сторона, пославшая претензию, может обратиться в суд за защитой своих прав.

**4.8.** Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного и надлежащего исполнения сторонами всех его условий.

**4.9.** Путем подписания настоящего договора «Пациент» подтверждает, что дееспособности не лишен, под опекой и попечительством не состоит, не страдает заболеваниями, препятствующими осознать суть договора и его правовые последствия, а также подтверждает, что действует по доброй воле, без принуждения и обстоятельства, вынуждающие совершать договор на крайне невыгодных для себя условиях, отсутствуют.

**4.10.** Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, для каждой из сторон.

#### 5. Реквизиты и подписи сторон

**«Исполнитель»**

ООО «Центр микрохирургии глаза «Прозрение»

Юридический адрес: 423822 РТ, г.Набережные Челны

пр-т Набережночелнинский, д.54, офис 10

Фактический адрес: 423570, РТ, г. Нижнекамск,

ул.Юности, д. 14 Г

ОГРН 1041616026341, ИНН 1650121131/КПП 165001001

Расчетный счет № 4070281041120000263

в доп.фисе ФАИКБ «Татфондбанк» г.Набережные Челны

БИК 049232922

Кор/счет 30101810400000000922

Тел./факс (8555) 36-20-20, (8552) 34-34-34

**«Пациент»**

Паспорт:

Адрес:

**Генеральный**

директор: \_\_\_\_\_ **Р.М.Гилязов**      **«Пациент»:** \_\_\_\_\_

#### Акт выполненных работ

(Приложение № 1 к договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_)

Настоящим Актом подтверждается, что «Пациенту» медицинские услуги ООО «Центр микрохирургии глаза «Прозрение» оказало полностью и надлежащим образом. «Пациент» не имеет к «Исполнителю» никаких претензий по качеству, объему и срокам исполнения медицинских услуг.

№	Наименование услуг, работ	Кол-во	Цена	Сумма

**«Исполнитель»:** \_\_\_\_\_

**«Пациент»:** \_\_\_\_\_