**Уведомление Потребителя:**

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

несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. на оказание платных медицинских услуг**

*(с Потребителем)*

 **«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_ г.**

**Исполнитель: ООО «Три-З», юридический адрес: г. Краснодар, ул. Красных Партизан, д. 34, оф. 68, свидетельство о гос. регистрации серии 23 № 000631313, от 04.07.2003 г. ИМНС России № 1 г. Краснодара,**  **ОГРН 1032304158193, тел. 8(861) 298-21-39, Лицензия №ЛО41-00110-26/00589165 от 03.02.2022г**. 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: операционному делу, медицинской оптике, лабораторной диагностике, анестезиологии и реаниматологии, организации сестринского дела, сестринскому делу, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, анестезиологии и реаниматологии; стоматологии терапевтической, клинической лабораторной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, офтальмологии, сестринскому делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии. Перечень работ (услуг), дополнительно осуществляемый только в филиале в г. Ессентуки: при осуществлении первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, офтальмологии, сестринскому делу; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: офтальмологии; при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: офтальмологии. Лицензия выдана Министерством здравоохранения Пермского края, г. Пермь, ул. Ленина, д. 51, тел. 8 (342) 217-79-00; в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и

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

1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, наименование, стоимость, срок, место оказания которых указаны в Приложениях к настоящему договору, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

2. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом, утвержденным Исполнителем. С действующим прейскурантом Потребитель может ознакомиться на стойках регистратуры Исполнителя.

3. Оплата производится путем оплаты стоимости услуг Исполнителю в согласованной сторонами форме (наличная, безналичная).

4. Срок оказания услуг указывается в Приложениях к настоящему договору. Срок оказания услуг может быть изменен по соглашению сторон. Согласием Потребителя на изменение срока оказания услуг Исполнителем является получение услуги в иной срок, согласованный с Исполнителем. Согласием Исполнителя на изменение срока оказания услуг является предварительная запись Потребителя или непосредственное оказание услуги.

5. 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.

6. Качество услуг должно соответствовать медицинским стандартам, клиническим рекомендациям, требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида. Обязательным предварительным условием оказания медицинской услуги является оформление Потребителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

7. После оказания услуг Исполнитель предоставляет Потребителю заключение (выписной эпикриз в случае оперативного вмешательства), содержащее данные о проведенном обследовании, лечении, назначениях и рекомендациях. Выдача Потребителю указанного документа является обязательной со стороны Исполнителя и подтверждает факт оказания услуг.

8. Потребитель обязан:

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

- точно исполнять указания представителя Исполнителя (медицинского работника), точно исполнять назначения, указанные в заключении.

**9. 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.**

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

11. Потребитель согласен получать по адресу электронной почты, указанному в п.10 настоящего договора:

- кассовые чеки. Кассовый чек, направленный по электронной почте, имеет одинаковую юридическую силу с кассовым чеком, выдаваемом на бумажном носителе;

- документы, необходимые для получения налогового вычета, а также иные документы по запросу Потребителя при наличии технической возможности у Исполнителя.

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

13. 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.

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

15. Стороны пришли к соглашению о том, что настоящий договор, дополнительные соглашения, приложения к нему, а также согласие на обработку персональных данных, отметка о получении заключения, информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (если будет допустимо), иные документы, связанные с оказанием услуг по настоящему договору, могут быть оформлены путем проставления сторонами аналога собственноручной подписи, оформленного посредством использования графического электронного средства (графического планшета). Аналог собственноручной подписи, оформленный посредством использования графического электронного средства (графического планшета) имеет юридическую силу, равную собственноручной подписи.

16. Стороны пришли к соглашению о следующем: в течение установленного законом срока хранения настоящий договор, дополнительные соглашения и приложения к нему, ранее заключенные договоры и вся медицинская (информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (если допустимо), медицинская карта больного) и иная документация (согласие на обработку персональных данных) будут храниться в электронном архиве Исполнителя в виде электронной копии документа.

17. В случае заинтересованности Потребителя в получении настоящего договора, а также иных оформляемых в связи с оказанием услуг документов (информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, согласия на обработку персональных данных, др.) на бумажном носителе, Исполнитель по требованию Потребителя предоставляет последнему запрашиваемые документы, представляющие собой распечатку электронной версии документов.

18. 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. Потребитель не вправе отказаться от оплаты оказанных услуг.

19. Стороны предпримут меры к урегулированию возможных споров и разногласий путем переговоров. В случае, если ситуация не может быть решена указанным образом, споры будут переданы на рассмотрение суда в соответствии с действующим законодательством.

20. Исполнитель обязуется обеспечить конфиденциальность информации о персональных данных Потребителя, а также хранить тайну сведений о состоянии здоровья Потребителя. Конфиденциальная информация может быть предоставлена третьим лицам без согласия Потребителя в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

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

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

 (Фамилия, инициалы Потребителя)

возможности получения медицинских услуг без взимания платы в медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подробную информацию о получении медицинских услуг в рамках ОМС можно получить в соответствующих медицинских организациях, Фонде обязательного медицинского страхования.

Я понял все вышеизложенное. Даю добровольное согласие на оказание мне медицинских услуг за плату.

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

**22. Подписи сторон:**

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

 (подпись) (расшифровка подписи) (должность)

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

 (подпись) (расшифровка подписи)