ДОГОВОР №

 на оказание платных медицинских услуг

ООО «Медицинский Центр «ЛОР плюс», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Лымарева Александра Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин, (Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ именуемый в дальнейшем «Потребитель», адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1.«Исполнитель» (*Лицензия №ЛО-56-01-000986 от 06.08.2013г. на виды деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по кардиологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); сурдологии-оториноларингологии; функциональной диагностике; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности, выдана Министерством здравоохранения Оренбургской Области, 460006, г. Оренбург, ул. Терешковой, 33, тел. (3532) 77-35-44)* обязуется оказать «Потребителю» платную медицинскую услугу (наименование услуги) \_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* \_\_\_\_\_\_\_

1. Срок оказания медицинской услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Стоимость медицинской услуги согласно прейскуранту составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Оплата медицинской услуги производится наличными в кассу медицинского учреждения после оказания медицинской помощи.

5. Потребителю предоставлена информация о возможности получения 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 согласно утвержденным стандартам. «Исполнитель» не участвует в реализации программы.

6. «Исполнитель» обязуется оказать «Потребителю» квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленный договором срок;

- предоставить «Потребителю» доступную информацию о предоставляемой услуге, о состоянии здоровья «Потребителя», возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

- Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых состояниях, то такие медицинские услуги предоставляются без взимания платы.

- «Исполнитель» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия «Потребителя».

- «Исполнитель» уведомляет «Потребителя», что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе 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 пациента *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 7. «Потребитель» обязан:

* информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакций, противопоказаниях;
* своевременно оплатить стоимость услуги;
* в случае отказа «Потребителя» после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом «Потребитель» оплачивает 8.«Исполнителю» фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

9. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги «Потребитель» знает и осознает вероятность (но не обязательность) вредных (побочных)

 эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью «Потребителю».

10. В связи с тем, что побочные эффекты и осложнения возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология

оказания медицинской помощи не может полностью исключить их вероятность, «Исполнитель» не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

11. При несоблюдении медицинским учреждением обязательств по срокам исполнения услуг «Потребитель» вправе по своему выбору: назначить

новый срок оказания услуги; потребовать исполнения услуги другим специалистом; расторгнуть договор и потребовать возмещения убытков.

12. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору «Исполнитель» несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения «Потребителем» своих обязанностей или по другим основаниям, предусмотренным законодательством.

13.Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

14. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут в порядке и случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

15. Договор составлен в 2-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Потребителя».

Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Потребитель (ФИО) |
| ООО «Медицинский Центр «ЛОР плюс» 460052,г. Оренбург, мкр. 70 лет ВЛКСМ, д.27, помещение №3телефон: 8 (3532) 44-15-12ОГРН 1125658034622 выдан Межрайонной ИФНС №10 по Оренбургской областир/с40702810804100025140 в ОАО АКБ «АВАНГАРД» | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) |
| Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лымарев А.В.  |  |

**Письменное согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку своих персональных данных.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 В соответствии с Федеральным законом "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на осуществление ООО «Медицинский Центр «ЛОР плюс» (г. Оренбург, мкр-н 70 лет ВЛКСМ, д.27, пом.№3) обработки моих персональных данных с целью медико-профилактических обследований, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Мои персональные данные, в отношении которых дается данное согласие, включают: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о родственниках, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, включая наличие хронических инфекционных заболеваний, случаях обращения за медицинской помощью. Перечень действий (операций) с персональными данными, на совершение которых дается согласие, включает: сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно,

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, ООО «МЦ «ЛОР плюс» обязано прекратить их обработку в течение времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской услуги.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, подпись)