

**Договор №  
на оказание платных медицинских услуг**

г. Волгоград  
[DATEONLY]

дата

Общество с ограниченной ответственностью «Волгоградский медицинский центр эндохирургии и литотрипсии», именуемое в дальнейшем «Учреждение», действующее на основании лицензии № ЛО-34-01-002949 от 14.04.2016 г., в лице генерального директора Фоменко Р.И., действующего на основании устава, с одной стороны, и [NAME], [BIRTH] рождения, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Учреждение обязуется оказывать Пациенту следующие медицинские услуги: консультативный приём квалифицированным врачом.
- 1.2. Медицинские услуги, оказываемые Учреждением Пациенту, отвечают требованиям, предъявляемым к методам лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 1.3. Пациент обязуется своевременно оплачивать предоставляемые ему медицинские услуги, выполнять или обеспечивать выполнение (в случае заключения договора в интересах несовершеннолетнего, недееспособного, ограниченно недееспособного лица) все рекомендации специалистов Учреждения, направленные на обеспечение качества предоставляемых ему медицинских услуг.
- 1.4. Учреждение обеспечивает выполнение по отношению к Пациенту необходимых лечебных и диагностических мероприятий в соответствии с имеющейся лицензией и заключенных агентских договоров, договоров об оказании медицинских услуг ООО ВМЦЭЛ. Перечень медицинских услуг, оказываемых в Учреждении, определяется действующим Перечнем тарифов и услуг по оказанию платных медицинских услуг.
- 1.6. Пациенту разъяснены возможные варианты результата лечения, их исход, в том числе негативные последствия.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

- 2.1. Учреждение по настоящему договору оказывает услуги Пациенту в помещении Учреждения, расположенного по адресу: 400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, д.1а, тел. 67-01-01, 67-05-39.
- 2.2. Учреждение оказывает медицинские услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Учреждения и доводятся до сведения Пациента.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ**

- 3.1. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту по настоящему договору, определяется действующим в момент оказания услуг Перечнем тарифов по оказанию платных медицинских услуг и составляет: 1000рублей 00копеек (Одна тысяча рублей ноль копеек)
- 3.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Пациентом в полном объеме путем внесения наличных денежных средств в кассу Учреждения до проведения консультации.
- 3.3. В случае предоставления услуги Пациенту по полису ДМС или по договору с иными организациями оплата производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Учреждения.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

- 4.1. Учреждение обязуется:
- 4.1.1. Предоставить Пациенту полную информацию о возможных методах лечения, выделив приоритетные в клинической ситуации, имеющей место у данного пациента.
- 4.1.2. При оказании медицинских услуг использовать методы, оборудование, материалы и медикаменты, разрешенные к применению в Российской Федерации, имеющие соответствующие сертификаты и сроки годности.
- 4.2. Учреждение имеет право:
- 4.2.1. Рекомендовать Пациенту характер и объем проводимых мероприятий.
- 4.2.2. Рекомендовать Пациенту альтернативные методы лечения.
- 4.2.3. После консультативного приёма выдать Пациенту консультативный лист с рекомендациями врача.
- 4.3. Пациент имеет право:
- 4.3.1. В доступной для него форме получить полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья в рамках проведенного (проводимого) Учреждением обследования и лечения.
- 4.4. Пациент обязуется:
- 4.4.1. При оформлении настоящего договора и последующих посещениях Учреждения предъявить документ, удостоверяющий личность и документ, подтверждающий степень родства (в случае заключения договора в пользу несовершеннолетнего).
- 4.4.2. Предоставить все имеющиеся медицинские документы, рентгеновские снимки, результаты УЗИ-обследования, КТ- и (или) МРТ-томограммы, другие материалы, связанные с историей болезни, а также максимально подробно и достоверно информировать врача устно об истории заболевания.
- 4.4.3. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора, в том числе явиться на приём в назначенное время, своевременно оплачивать оказываемые услуги, своевременно информировать Учреждение об обстоятельствах, препятствующих выполнению настоящего договора.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

- 5.1. Учреждение несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Пациенту неисполнением или ненадлежащим исполнением условий настоящего договора в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Во всем остальном при исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление медицинскими учреждениями платных медицинских услуг населению.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

- 6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи на настоящем договоре.
- 6.2. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством РФ.
- 6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Учреждение: ООО «ВМЦЭЛ»  
Тел/факс (8442) 67-01-01/67-03-51  
400026, г. Волгоград, ул. Андиганская, 1а  
ИНН 3448052208  
КПП 344801001  
ОГРН 1113461004095  
Филиал Южный ПАО Банка «ФК Открытие»  
БИК0460299058  
К/СЧ30101810760290000058  
РСЧ4070281017250002053

/Генеральный директор Фоменко Р.И.

**ПАЦИЕНТ:**

[NAME]  
Паспортные данные: [PASSPORT] ,  
[PASSPORT\_PLACE]  
Адрес: [SUBJECT] , [ADDRESS]

Телефон: [CELLPHONE]

Ознакомлен и согласен

Подпись,

расшифровка

Образец Документа ВМЦЭД