

Настоящим Я, Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента, далее по тексту нижеприведенного договора именуемый (-ая) «Заказчик», а равно Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента, далее по тексту нижеприведенного договора именуемый (-ая) «Пациент», уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) «Исполнителя» (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья «Пациента», проинформирован, что ООО ЦВМР «ДОЛГОЛЕТИЕ» не участвует в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи а также подтверждаю ознакомление с перечнем предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией, порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг «Исполнителем», правилами поведения пациентов и иных лиц в медицинской организации «Исполнителя», размещенными на информационных стендах и на сайте «Исполнителя» (www.dolgoletie22.ru) в информационно-коммуникационной сети «Интернет».

Заказчик: Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента _____ дата подписания договора Дата подписания договора г.

Пациент: Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента _____ дата подписания договора Дата подписания договора г.

(заполняется, если Пациент достиг возраста 15 лет)

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № Номер договора Дата Дата подписания договора г. Барнаул

Общество с ограниченной ответственностью медицинский центр восстановительной медицины и реабилитации «Долголетие» (свидетельство о государственной регистрации юридического лица серии 22 № 003566612 выдано 09.12.2011 Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №15 по Алтайскому краю, ОГРН 1112225014978, ИНН 2225126486, КПП 222501001), находящееся по адресу: г. Барнаул, ул. Короленко д. 40 пом. Н10-Н11 именуемое в дальнейшем «Исполнитель», осуществляющее медицинскую деятельность при оказании первичной медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; рентгенологии; сестринскому делу; физиотерапии; 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: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); кардиологии; мануальной терапии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; эндокринологии; при проведении медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе качества медицинской помощи, на основании лицензии № Л041-01151-22/00290078 от 22.11.2013, выданной Главным управлением Алтайского края по здравоохранению, в лице директора Уваренкова Эдуарда Викторовича, действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданина(-ки) Фамилия пациента Имя пациента Отчество пациента, дата рождения Дата рождения пациента года, адрес регистрации: Адрес регистрации пациента, телефон Телефон пациента. Документ удостоверяющий личность «Заказчика» паспорт: номер Номер паспорта серия Серия паспорта выдан Кем выдан паспорт дата выдачи Дата выдачи паспорта далее именуемый(-ая) «Заказчик», действуя

_____ в своих интересах (как Пациент) с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет, несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет

_____ в пользу _____ года рождения
зарегистрирован по адресу _____ . Документ
удостоверяющий личность: паспорт / свидетельство о рождении серия _____ номер _____ дата
выдачи _____ кем _____ выдан
_____ (далее - пациент) которому Я являюсь
законным представителем, статус законного представителя – мать, отец, супруг(а) и иные близкие родственники, опекун,
попечитель с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать "Пациенту" следующие платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги, исследование):
[Таблица услуг \(с кодами услуг\)](#)
2. "Заказчик" обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные договором.
3. Место оказания медицинских услуг: **Алтайский край, г. Барнаул, ул. Короленко д. 40, пом. Н10**
4. Сроки ожидания медицинских услуг определяются в порядке очередности по предварительной записи через регистратуру или сервис записи на сайте "Исполнителя".
5. Исследование проводится в соответствии с режимом работы "Исполнителя" в день заключения договора при дачи "Пациентом" (законным представителем "Пациента") информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и выполнения "Пациентом" подготовки к исследованию (при необходимости).
6. Стоимость медицинских услуг определяется действующим на момент их предоставления Перечнем платных медицинских услуг и составляет Итоговая цена рублей.
7. Оплата услуг "Исполнителя" производится "Заказчиком" ("Пациентом") в рублях. Оплата медицинских услуг осуществляется "Заказчиком" ("Пациентом") после проведения исследования и до выдачи результатов исследования.

8. Расчеты по договору могут быть произведены наличными деньгами, с применением платежных карт, платежным поручением или переводом денежных средств "Исполнителю" по следующим реквизитам: Банк: ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК" БИК: 045004774 Расчетный счет: 40702810523160000728 Корр. счет: 3010181060000000774

9. Медицинские услуги должны отвечать требованиям, установленным законодательством РФ.

10. При оказании медицинских услуг используются разрешенные к применению на территории РФ лекарственные препараты и медицинские изделия.

11. "Заказчик" ("Пациент", законный представитель "Пациента") уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации.

12. Настоящим "Заказчик" ("Пациент", законный представитель "Пациента") дает согласие на предоставление платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

13. До начала оказания медицинских услуг "Заказчик" ("Пациент", законный представитель "Пациента") обязан представить "Исполнителю" связанные с заболеванием медицинские документы (в том числе направление, медицинские заключения, протоколы исследований и изображения по предыдущим исследованиям) и информировать врача об истории заболевания. В противном случае оценка динамики заболевания в данном исследовании не предполагается, а ее проведение после выдачи протокола исследования по данному исследованию возможно за дополнительную плату в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг.

14. Составление протокола исследования осуществляется в срок, установленный порядком оказания медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

15. Выдача протокола исследования осуществляется на бумажном носителе "Пациенту" (законному представителю "Пациента") или указанному им лицу либо в электронной форме или в виде электронного образа документа путем направления по электронному адресу, указанному в информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство. К протоколу исследования, выполненному на бумажном носителе, прилагаются изображения, полученные при проведении исследования с помощью аналогового или цифрового медицинского оборудования при дополнительном запросе "Пациента" на пленке или диске предварительно оплатив их согласно действующему на момент оказания услуги Перечню предоставляемых "Исполнителем" работ (услуг).

16. "Пациент" либо его законный представитель имеет право по запросу, направленному в том числе в электронной форме, получать отражающие состояние здоровья "Пациента" медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, без взимания дополнительной платы. Супруг (супруга), близкие родственники (дети, родители, усыновленные, усыновители, родные братья и родные сестры, внуки, дедушки, бабушки) либо иные лица, указанные "Пациентом" или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, имеют право получать медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе после его смерти, если "Пациент" или его законный представитель не запретил разглашение сведений, составляющих врачебную тайну. Порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

17. Настоящим "Заказчик" даёт согласие на получение по указанному в договоре электронному адресу информации о новостях в здравоохранении, услугах и акциях ООО ЦВМР «Долголетие».

18. За неисполнение или ненадлежащее исполнение договора стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

19. Споры по договору разрешаются в соответствии с законодательством РФ.

20. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, а также в порядке и в случаях, предусмотренных законом или договором.

21. "Исполнитель" вправе отказаться от исполнения договора в одностороннем порядке при невозможности обеспечить качество и безопасность медицинской услуги, в том числе при выявлении у "Пациента" противопоказаний к определенному методу диагностики, при нахождении "Пациента" в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, а также в иных случаях, когда "Пациент" и (или) сопровождающие его лица нарушают правила поведения пациентов и иных лиц в медицинской организации "Исполнителя", угрожают жизни и здоровью медицинского персонала либо нарушают общественный порядок.

22. Перечень предоставляемых "Исполнителем" работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в соответствии с лицензией размещен на информационных стендах и на сайте "Исполнителя" (www.dolgoletie22.ru), а также на сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (www.roszdravnadzor.ru/services/licenses) и является неотъемлемой частью договора.

23. При наличии иных действующих договоров на оказание медицинских услуг, заключенных между "Заказчиком" и "Исполнителем" в пользу того же "Пациента", в отношении указанных в настоящем договоре медицинских услуг приоритет имеют положения настоящего договора

24. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи "Исполнителя" на настоящем договоре.

25. Договор составляется в 3х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у "Пациента" (законного представителя "Пациента"). В случае если договор заключается между "Исполнителем" и "Заказчиком", являющимся "Пациентом" либо законным представителем "Пациента", он составляется в 2х экземплярах.

Подписи сторон:

| | |
|--|--|
| Исполнитель: ООО ЦВМР "Долголетие" | Заказчик: (собственноручно полностью Ф.И.О.) |
|--|--|

| | |
|--|---|
| Адрес места оказания услуг: 656056 Алтайский край, г. Барнаул, ул. Короленко 40 Н10 Лицензия: № ЛО41-01151-22/00290078 от 22.11.2013 ИНН 2225126486 ОГРН 1112225014978 | СНИЛС: СНИЛС Паспорт: серия Серия паспорта номер Номер паспорта дата выдачи Дата выдачи паспорта _____ (подпись "Заказчика" / "Пациента") Электронный адрес: Email пациента Телефон: Телефон пациента |
| Директор _____ Уваренков Э.В. | |

Внимание! В соответствии с подпунктом 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ налогоплательщик имеет право на получение социального налогового вычета в сумме, уплаченной налогоплательщиком в налоговом периоде за медицинские услуги, оказанные медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, ему, его супругу (супруге), родителям, детям (в том числе усыновленным) в возрасте до 18 лет (до 24 лет, если дети (в том числе усыновленные) являются обучающимися по очной форме обучения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность), подопечным в возрасте до 18 лет (в соответствии с перечнем медицинских услуг, утвержденным Правительством Российской Федерации), а также в размере стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных им лечащим врачом и приобретаемых налогоплательщиком за счет собственных средств.