**УВЕДОМЛЕНИЕ**

*До заключения договора на оказание платных медицинских услуг*

*Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ до заключения договора в письменной форме уведомлен ИСПОЛНИТЕЛЕМ ООО Клиника «Неврология для всех» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника (лечащего врача, медицинской сестры), предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе, назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии  моего здоровья*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.)*

**ДОГОВОР**

**на оказание платных медицинских услуг**

№\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Омск «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**Общество с ограниченной ответственностью Клиника «Неврология для всех»,**  ИНН 5504086510, ОГРН 1035507027335,лицензия на осуществление медицинской деятельности ЛО41-01165-55\00319434 от 02 марта 2018г. срок действия: бессрочно, выданная Министерством здравоохранения Омской области (г. Омск, ул. Красный путь, д. 6,) адрес места нахождения: 644042, г.Омск, Бульвар Победы, д 1, именуемая в дальнейшем «Исполнителя», в лице администратора, действующего на основании доверенности, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество, дата рождения (месяц/число/год)

зарегистрированный(ая) по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_ паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый(ая) в дальнейшем П**отребитель/законный представитель Потребителя**, имеющий намерение заказать платные медицинские услуги в пользу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1.В соответствии с настоящим Договором, Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Потребителю платные медицинские и иные услуги (далее -Услуги) ,отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а **Потребитель/законный представитель Потребителя** обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых медицинских услуг в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Потребителю, оговариваются в соглашении об объёме и условиях оказываемых платных медицинских и иных услуг, являющимся приложением к настоящему Договору или дополнительном соглашении к договору, исходя из стоимости услуг, предусмотренных действующим прейскурантом Исполнителя.
2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Потребителя на получение платных медицинских услуг в ООО Клиника «Неврология для Всех» в соответствии с ППРФ от 11.05.2023г № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ и признании утратившим силу постановления Правительства РФ от 04.10.2012г « 1006» ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. В случае если при предоставлении платных медицинских и иных услуг потребуется предоставление на возмездной основе дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом **Потребителя/законного представителя Потребителя**. Стоимость этих услуг согласовывается Исполнителем с **Потребителем/законным представителем Потребителя**дополнительно. Без согласия **Потребителя/законного представителя Потребителя** Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
4. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение всего календарного года. В случае, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении за 30 дней окончания календарного года, договор считается пролонгированным еще на один календарный год.
5. Срок оказания медицинских услуг включается в срок действия настоящег договра и зависит от состояния здоровья Потребителя, приода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы врачей.
6. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия, а также согласия на обработку персональных данных Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан. Указанные документы, данные в период действия Договора, действительны в течение всего срока оказания медицинских услуг по настоящему Договору.
7. Подписывая договор **Потребителя/законного представителя Потребителя** подтверждает, что он:

- предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с Правилами внутреннего распорядка для пациентов.

- уведомлен, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правилами поведения пациента в клинике Исполнителя.

1. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг.

**2.УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Омск-42 Бульвар Победы 1, а также на дому у Потребителя, имеющего с Исполнителем соответствующий договор.
2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники и доводятся до сведения Потребителя.
3. При оказании платных медицинских и иных услуг устанавливаются следующие условия и сроки ожидания:

- проведение консультаций врачей-специалистов - до одного месяца со дня обращения.

-проведение диагностических инструментальных и лабораторных исследований - до одного месяца со дня обращения.

1. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Потребителя на прием. Предварительная запись Потребителя на прием осуществляется через регистратуру Клиники посредством телефонной связи, либо непосредственно в Клинике. Телефон регистратуры: 31-56-01 . В особых случаях, включая необходимость получения неотложной помощи, услуги предоставляются Потребителю без предварительной записи и/или вне установленной очереди.
2. До заключения настоящего договора **Потребителю \Законному представителю Потребителя** предоставлена информация о Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждённых Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».
3. До заключения настоящего договора **Потребителю/законному представителю Потребителя** 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.
4. До заключения настоящего договора **Потребитель \Законный представитель Потребителя** ознакомлен со сведениями об Исполнителе, о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, которые оказывает Исполнитель, с указанием цен в рублях; сроками ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы; порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; с графиками работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцом договора, перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления Исполнителя; адресами и телефонами учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования; о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовом адресе или адресе электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).
5. Количество курсов лечения и перерывы между курсами устанавливаются лечащим врачом.
6. Исполнитель осуществляет виды работ (услуг) указанные в лицензии на право осуществления медицинской деятельности. Полный перечень медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем, отражается в Прейскуранте. Информация о нем публикуется на сайте исполнителя, а также предоставляется на бумажном носителе при обращении в регистратуру.
7. **В соответствии с лицензией Исполнитель предоставляет медицинские услуги по следующим направлениям:**

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); лабораторной диагностике; лечебной физкультуре; лечебному делу; медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; стоматологии; стоматологии профилактической; физиотерапии; функциональной диагностике;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по:

 клинической лабораторной диагностике; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии;

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии., дерматовенерологии; детской кардиологии; детской эндокринологии; диетологии, кардиологии; клинической лабораторной диагностике; косметологии; мануальной терапии; неврологии; нейрохирургии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);офтальмологии; профпатологии; психиатрии; психиатрии-наркологии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; физиотерапии; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии.

при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственному прерыванию беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), гастроэнтерологии; дерматовенерологии; диетологии, кардиологии; клинической лабораторной диагностике; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностики.

При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги):

медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым); медицинским осмотрам профилактическим;

при проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги): :медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; психиатрическому освидетельствованию.

при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе профессиональной пригодности; экспертизе временной нетрудоспособности.

1. Стоимость медицинских услуг считается согласованной при подписании договора или дополнительного соглашения к договору, содержащего указание на наименование услуг и их стоимость.

**3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата Услуг(и) осуществляется **Потребителем/законным представителем Потребителя** в порядке 100-процентной предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя.

 **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**4.1. Исполнитель обязуется:**

1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии со стандартами, порядками медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ.
2. Предоставить Потребителю \законному представителю потребителя по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению,

1. Предоставить по требованию Потребителя \законного представителя Потребителя выписку из ЕГРЮЛ;
2. Предоставить по требованию Потребителя \законного представителя Потребителя смету на оказание платных медицинских и иных услуг по настоящему договору.
3. Выдать Потребителю \законному представителю Потребителя документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.
4. По письменному требованию выдать Потребителю \законному представителю Потребителя после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;
5. Довести до сведения Потребителя \Законного представителя Потребителя информацию изложенную в п.2.7.
6. Строго соблюдать конфиденциальность всей информации (врачебную тайну).
7. Исполнитель обязуется при оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

**4.2. Исполнитель имеет право:**

4.2.1. Требовать от Потребителя \Законного представителя Потребителя соблюдения внутреннего режима лечебного учреждения, графика прохождения процедур, соблюдения режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

4.2.2. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий Потребителю \Законному представителю Потребителя немедленно уведомив его об этом, в случаях: при наличии медицинских противопоказаний, либо при заведомой невозможности достичь результата лечения, обнаруженной в ходе обследования и лечения; в случае неоплаты Потребителем \Законным представителем Потребителя, стоимости услуг на условиях настоящего договору, при нарушении Потребителем \Законным представителем Потребителя правил внутреннего распорядка для пациентов в ООО Клиника «Неврология для Всех».

4.2.3. Расторгнуть в одностороннем порядке Договор при несоблюдении Потребителем \Законным представителем Потребителя требований и рекомендаций лечащего врача в период лечения, исключающем возможность исполнения на исполнителя обязанностей по Договору.

4.2.4. Изменять по медицинским показаниям предварительный план, вид, объем, сроки и стоимость платных медицинских услуг.

4.2.5.Направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации или проводить консилиумы со специалистами других медицинских организаций.

 **4.3. Потребитель \Законный представитель Потребителя обязуется:**

4.3.1. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

4.3.2. До оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, а также другие сведения, влияющие на протекание и лечение заболевания;

4.3.3. Выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе соблюдать режим работы учреждения и график приёма врачей-специалистов, а также режим приема лекарственных препаратов, режим питания, режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности и правила внутреннего распорядка для пациентов в ООО Клиника «Неврология для Всех» и другие предписания;

4.3.4. Отказаться на весь период лечения от употребления наркотиков, и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

4.3.5. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

**4.4. Потребитель \Законный представитель Потребителя имеет право:**

4.4.1. Получать от Исполнителя в доступной форме имеющуюся информацию:

а) о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

4.4.2. Получать без взимания дополнительной платы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

4.4.3. Требовать соблюдения конфиденциальности информации о факте обращения Потребителя (Законного представителя Потребителя) за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе его заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

■ ,.

4.4.4 Потребитель/законный представитель Потребителя обязуется заблаговременно информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае опоздания Потребителя/законного представителя Потребителя более чем 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги( без предварительного уведомления Исполнителя по телефону), Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение договора, несоблюдение рекомендаций врача, причиной которого стало нарушение Потребителем/законным представителем Потребителя условий настоящего Договора, а также по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.4. В случае отказа Потребителем/законным представителем Потребителя после заключения настоящего договора от получения платных медицинских услуг, он уплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнение настоящего договора.

5.5. Если вследствие характера и длительности заболеваний, а также специфики методов лечения необходимо проведение двух или более курсов, используемые технологии оказания медицинской помощи не могут полностью гарантировать ожидаемый лечебный эффект за один курс в связи с чем, Исполнитель не несет ответственности за не наступление в полном объеме ожидаемого лечебного эффекта, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.

**6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ**

6.1. Все споры по настоящему Договору решаются в досудебном порядке сторонами путем переговоров. Сторона не согласная с действиями второй стороны направляет ей претензию за 10 дней до даты подачи иска.

6.2. В случае претензии к качеству услуг Исполнителя, необходимо проведение заседания врачебной комиссии не позднее 10 дней с момента получения письменной претензии Потребителя \ законного представителя Потребителя.

6.3. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующем законодательством РФ.

**7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.2. Подписывая настоящий Договор, Потребитель \законный представитель потребителя наделяет Исполнителя правом, при необходимости провести оценку качества оказанных Потребителю медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения конфиденциальности персональных данных и врачебной тайны.

7.3. Оригиналы медицинской документации Потребитель \законному представителю потребителя не выдаются. По письменному требованию Потребителя \законного представителя потребителя согласно Приказу Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них" предоставляется выписка из медицинской документации или копия медицинских документов без взимания дополнительной платы в срок, установленный требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

7.4. Ознакомление Потребителя \законного представителя потребителя с медицинскими документами осуществляется на основании запроса в соответствии с Приказом Минздрава России от 12.11.2021 N 1050н "Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента". Срок предоставления медицинских документов не превышает 10 дней с даты поступления запроса.

7.5.Подписывая данный Договор, Потребитель, подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами внутреннего распорядка для пациентов, с Прейскурантом оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью в клинике Исполнителя, Положением о порядке предоставления гарантий.

 7.6.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения своих обязательств сторонами договора.

7.7. Настоящий договор может быть изменен или расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

**8. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА**

8.1.Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение всего календарного года. В случае, если ни одна из сторон не заявит о его расторжении за 30 дней до окончания календарного года, договор считается пролонгированным еще на 1 (один) календарный год.

8.2.Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления письменного Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

8.3.Договор может быть расторгнут досрочно по следующим основаниям:

по Соглашению сторон;

по инициативе Потребителя \законного представителя потребителя;

по инициативе Исполнителя по основаниям, предусмотренным в настоящем договоре.

8.4.Уведомление о расторжении направляется за 10 дней до фактического расторжения договора.

8.5.Расторжение договора не освобождает Потребителя \законного представителя потребителя от оплаты услуг, фактически оказанных Исполнителем.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

ООО Клиника «Неврология для всех»

Россия, 644042, г. Омск. Бульвар Победы I

ИНН 5504086510, КПП 550401001

ОГРН 1035507027335

Потребитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

(Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон)

Законный представитель потребителя

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

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

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

 (Ф.И.О., дата рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон)

Исполнитель

Администратор ООО Клиника «Неврология для всех» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

м.п.

Потребитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Законный представитель потребителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение № 1

к Договору об оказании

платных медицинских и иных услуг

от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Соглашение

об объеме и условиях оказываемыхплатных медицинских и иных услуг

(информированное добровольное согласие)

г. Омск «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_г.

Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) по настоящему соглашению «Потребитель»\

«Законный представитель потребителя» в рамках договора об оказании платных медицинских услуг, желаю получить платные медицинские услуги в ООО Клиника «Неврология для всех».

 Я ознакомлен(а) с правами и обязанностями Потребителя, предусмотренными ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

Мне 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.

До заключения договора об оказании платных медицинских и иных услуг я получил информацию о ООО Клиника «Неврология для Всех», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, которые оказывает Исполнитель, с указанием цен в рублях; сроками ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы; порядком оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи (при наличии), применяемыми при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг; сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; с графиками работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг; образцом договора, перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечнем льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления руководителем медицинской организации; адресами и телефонами учредителя, исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и территориального фонда обязательного медицинского страхования; о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также о почтовом адресе или адресе электронной почты, на которые может быть направлено обращение (жалоба).

До подписания договора об оказании платных медицинских услугмне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников ООО Клиника «Неврология для всех» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских и иных услуг и готов их оплатить.
2. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей.
3. До заключения договора об оказании платных медицинских и иных услуг я уведомлён о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую и иную 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.

Мною добровольно выбраны виды платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Перечень платных медицинских и иных услуг** | **Количество к/д, услуг** | **Цена,****руб.** | **Сумма, руб.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Итого: \_\_\_\_\_\_\_\_ **(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек.**

4. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом, и я даю свое согласие на их оплату в кассу в ООО Клиника «Неврология для всех» в соответствии с установленным прейскурантом цен.

5. Настоящее соглашение заключается Потребителем/законным представителем Потребителя после проведения разъяснительной беседы на приеме у медицинского работника и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

Потребитель/законный представитель Потребителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)