**Договор №\_\_\_\_\_\_\_ о предоставлении платных медицинских услуг**

**в ООО «Центр красоты и здоровья «Аспазия»**

пгт. Славянка «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_ г

**Гражданин** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый далее «Пациент», действующий лично от своего имени и своих интересах/либо законный представитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Центр красоты и здоровья «Аспазия», далее именуемое «Исполнитель», осуществляющее свою деятельность на основании Лицензии № ЛО-25-01-004354 от 13.04.2018г., в лице директора Драгункиной Ольги Владимировны, действующей на основании Устава, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**Предмет договора**

1.1 Исполнитель обязуется оказывать Пациенту сверх Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и на возмездной основе медицинские услуги по всему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставленных медицинских услуг согласно Прейскуранта на медицинские услуги (далее – Прейскурант), выполнять все требований Исполнителя (медицинского работника), обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.

1.2. Общий Перечень оказываемых медицинских услуг определяется Лицензией.

1.3. **Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель уведомил его о том, что предусмотренные настоящим Договором медицинские услуги он может получить бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий договор, Пациент добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись Пациента.**

**Права и обязанности сторон**

2.1 Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1.Проинформировать Пациента о предстоящей стоимости лечения, а так же о возможности доплаты связанной с увеличением объёма обследования, лечения и использования расходных материалов.

2.1.2. Оказывать Пациенту платные медицинские услуги, составляя Перечень медицинских услуг по факту проведенного лечения (Приложение №1, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора).

2.1.3. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

2.1.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.6. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.7. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги, при необходимости их оказания, предоставляются на основании дополнительного соглашения к настоящему договору или отдельно заключаемого договора.

2.1.8. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг, потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.2. Права и обязанности Пациента:

2.2.1. Предоставлять информационное добровольное согласие и получать медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим договором.

2.2.2. Оплачивать согласованные медицинские услуги в полном объеме согласно настоящему договору и прейскуранту.

2.2.3.Немедленно обращаться к Исполнителю в случае появления любых осложнений от медицинской услуги (воспаление, боль и т.д.)

2.2.4. Отказаться от медицинского вмешательства в любое время, оплатив при этом Исполнителя фактически понесенные затраты.

2.2.5. Пользоваться иными правами и исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.2.6. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель: ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012г, №1006); ознакомил его с действующим в организации Прейскурантом на медицинские услуги; уведомил его (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), могут снизить качество предоставление платной медицинской услуги, повлечь за собой возможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**Сумма договора и порядок расчетов**

3.1. Стоимость услуг определяется согласно Прейскуранта на медицинские услуги. НДС не облагается.

3.2. Оплата производится по факту оказания услуг путем внесения 100% стоимости оказания услуг в кассу Исполнителя, в валюте РФ.

**Срок действия Договора**

4.1. Договор вступает в силу с момента его заключения сторонами и действует бессрочно.

4.2. Изменение условий настоящего Договора осуществляется путем составления дополнительного соглашения, подписываемого Сторонами.

4.3. Расторжение Договора осуществляется Исполнителем или Пациентом по основаниям, предусмотренным действующим законодательством. Пациент вправе расторгнуть настоящий Договор в любое время, оплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных медицинских услуг.

**Ответственность сторон**

5.1. За исполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентов условий настоящего Договора.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

**Прочие условия**

6.1. Все соглашения об изменение и/или расторжении настоящего договора совершаются в той же форме, что и Договор.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения соглашения, спор подлежит передачи на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из

сторон.

**Конфиденциальность**

7.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

**Адреса, реквизиты и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель |  Пациент  |
| ООО «Центр красоты и здоровья «Аспазия»Юр. адрес: 692700, Приморский край, Хасанский район, п. Славянка, ул. Молодежная, д.4.телефоны: 8(42331)46-7-17, 8-924-249-15-15.ИНН/КПП: 2531005850/253101001ОГРН:1072502003331Директор: Драгункина Ольга Владимировна.М.П. | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |