

# Договор на оказание медицинских услуг №

г. Архангельск  
место составления

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_  
дата составления

Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр лечения боли и реабилитации», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Антипина Эдуарда Эдуардовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель» (Заказчик), с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. Сведения об Исполнителе.

Фирменное наименование Общество с ограниченной ответственностью «Многопрофильный центр лечения боли и реабилитации» (ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации»).

Юридический адрес: 163000, г. Архангельск, ул. Северодвинская, д. 82; ОГРН 1142901000208; Инн 2901244180.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-29-01-001974 от 10.02.2016 г., Министерство здравоохранения Архангельской области (адрес: 163004, Архангельск, пр. Троицкий, 49; телефон: 45-45-07).

## 2. Определения.

2.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

«заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Потребителя;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям;

«медицинская организация» - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

«медицинский работник» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

## 3. Предмет Договора.

3.1. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется, на основании действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности, предоставить Потребителю (Заказчику) медицинские услуги на возмездной основе, а Потребитель (Заказчик) обязуется своевременно оплатить стоимость предоставленной услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором, выполнить требования Исполнителя, обеспечивающие качество медицинской услуги, включая сообщение для этого необходимых сведений

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке.

3.1.2. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме медицинской помощи.

3.1.3 Медицинская помощь оказывается в виде комплекса мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья, включает в себя предоставление медицинской услуги (комплекса медицинских услуг), оказывается в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Объем обследования и диагностических манипуляций, длительность лечения и реабилитации определяется порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, клиническими протоколами (рекомендациями) и другими нормативными документами, действующими на территории Российской Федерации

3.1.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением № 1 к настоящему Договору.

3.2. Перечень, стоимость и сроки выполнения медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется Дополнительным соглашением, согласно Приложению № 3, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.2.1. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают новое Дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 года №1006, которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- ознакомил его с правилами предоставления медицинских услуг ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», которые размещены на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступны неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- представил для ознакомления копию Лицензии на осуществление медицинской деятельности, которая размещена на интернет сайте медицинской организации, на информационном стенде (стойке) и доступна неограниченному кругу лиц в течение всего рабочего времени медицинской организации;

- уведомил его 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;

- уведомил его о том, 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

3.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.5. Стороны принимают на себя обязательство не раскрывать третьим лицам характер и объемы оказываемых услуг.

3.6. По факту оказания медицинских услуг Исполнителем и Потребителем подписывается Акт выполненных работ по форме, приведенный в Приложении № 4.

#### **4. Права и обязанности Сторон.**

##### **4.1. Исполнитель обязуется:**

4.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Потребителю платных медицинских услуг, согласно п. 3.2. настоящего Договора.

4.1.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, после внесения Потребителем денежных средств, в порядке, определенном разделом 5 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату.

4.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

4.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни Потребителя, при внезапных острых заболеваниях и осложнениях, без взимания платы.

4.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке.

4.1.6. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется Дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.1.7. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика, в противном случае Исполнитель обязан возместить Потребителю стоимость данных услуг.

4.1.8. Исполнитель обязан соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя

#### **4.2. Потребитель (Заказчик) обязуется:**

4.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении № 3, до начала их оказания, согласно Прейскуранту цен (тарифов), и в порядке, определенном разделом 5 настоящего Договора.

4.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.2.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

4.2.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.5. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия.

4.2.6. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

4.2.7. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Исполнителем (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

4.2.8. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

4.2.9. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.2.10. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно сообщить Исполнителю.

4.2.11. Потребитель согласен на сбор, хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес места жительства, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации (Приложение № 2).

#### **4.3. Исполнитель имеет право:**

4.3.1. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

- действий Потребителя, угрожающих жизни и здоровью персонала и посетителей поликлиники.

4.3.2. На перенос срока оказания услуги в случае опоздания Потребителя более чем на 30 (тридцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

4.3.3. На хранение и обработку персональных данных Потребителя (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам Российской Федерации.

#### **4.4. Потребитель имеет право:**

4.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, реабилитации и рисках, связанных с предоставлением медицинской помощи.

4.4.2. В любой момент отказаться от оказания медицинской помощи, оформив при этом отказ медицинского вмешательства в порядке, установленной действующим законодательством Российской Федерации, с оплатой фактически оказанных услуг на момент отказа.

#### **5. Цена и порядок оплаты услуг.**

5.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 3.2. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен платных медицинских услуг, с которым Потребитель ознакомлен до подписания настоящего Договора.

5.2. Стоимость медицинских услуг по Дополнительному соглашению к настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен платных медицинских услуг, действующему на момент заключения Дополнительного соглашения.

5.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем до начала их оказания наличными денежными средствами в кассу медицинской организации, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя в порядке 100% предварительной оплаты. Потребителю после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

5.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг в процессе оказания медицинской помощи, объем услуг, оговоренный в Дополнительном соглашении к Договору, может быть изменен с согласия Потребителя. В таком случае, Исполнителем и Потребителем подписывается еще одно Дополнительное соглашение к Договору, в котором оговорен перечень дополнительных платных медицинских услуг. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

5.5. В случае, если объем фактически оказанных медицинских услуг, превышает объем услуг, предусмотренных Дополнительным соглашением к Договору, то их оплата производится по факту оказания медицинских услуг.

#### **6. Ответственность Сторон.**

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

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

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Потребителем неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика приема; рекомендаций, выданных медицинским персоналом Исполнителя.

6.4. 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 Потребителем условий настоящего Договора и индивидуальные особенности организма Потребителя.

6.5. Потребитель несет ответственность за вред, причиненный своими противоправными действиями, имуществу Исполнителя, в том числе используемому для проведения обследования и (или) лечения.

6.6. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств подлежат разрешению в досудебном порядке путем переговоров между Сторонами. Если Стороны не придут к соглашению, споры рассматриваются в порядке, определенном действующим законодательством Российской Федерации в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

#### **7. Порядок изменения и расторжения Договора.**

7.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме Дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и надлежащим образом подписаны Сторонами.

7.2. Настоящий Договор расторгается в случаях:

7.2.1. Отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Потребителя. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

7.2.2. Отказа Исполнителя после заключения настоящего Договора от оказания медицинских услуг. Отказ Исполнителя от оказания медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Потребителю. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении настоящего Договора по инициативе Исполнителя. Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору. В случае, если Потребителем была внесена предоплата, а медицинские услуги не были оказаны в полном объеме, то при расторжении Договора Исполнитель производит возврат предоплаты после возмещения фактически понесенных им расходов.

#### 8. Заключительные положения.

8.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

8.2. Договор вступает в силу с даты его заключения и до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2.1. После исполнения настоящего Договора, Исполнитель выдает Потребителю Медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья, по письменному заявлению Потребителя.

#### 9. Уведомление Потребителя.

9.1. Исполнитель ставит Потребителя в известность о том, 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. (Приложение № 5)

#### 10. Реквизиты и подписи Сторон.

<b>Исполнитель:</b> <b>ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации»</b> <b>ИНН 2901244180</b> <b>КПП 290101001</b> <b>ОГРН 1142901000208</b> <b>Адрес: 163000, г. Архангельск, ул.</b> <b>Северодвинская, д. 82</b> <b>Тел.: 8(8182) 64-30-02</b>  <b>Генеральный директор</b> _____ <b>Антипин Э.Э.</b>  М.п.	<b>Заказчик:</b> <b>Ф.И.О.</b> <b>Дата рождения:</b> <b>Телефон:</b> <b>Паспорт серия</b> <b>№</b> <b>Выдан:</b> <b>Дата выдачи:</b> <b>Адрес:</b>  _____  _____ <b>(Ф.И.О., подпись)</b>
---	--

## Информированное добровольное согласие получение медицинских услуг

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество – полностью)

добровольно даю свое согласие на предоставление медицинских услуг в ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» в амбулаторных условиях, в том числе в условиях дневного стационара.

- Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).

- Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении, и обязуюсь их соблюдать.

- Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, диагностических исследований и медицинских вмешательств. Необходимость каждого медицинского вмешательства, а также методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.

- Я информирован (-на) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.

- Я извещен (-на) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.

- Я предупрежден (-на) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение, а также одновременное лечение в других медицинских организациях, не согласованное с лечащим врачом ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья. При этом лечащий врач ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» не в состоянии гарантировать планируемый результат лечения и благоприятный исход.

- Я информирован (-на) и согласен, что при возникновении необходимости лечения и обследования в другой медицинской организации, по показаниям, могу быть направлен лечащим врачом ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» в другую медицинскую организацию.

- Я предупрежден (-на) и осознаю, что применяемые в ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» требуют специальной подготовки и высокой квалификации, в связи с чем обязуюсь согласовывать с лечащим врачом ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» все консультации и лечение, связанные с заболеванием, по поводу которого наблюдаюсь в ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации».

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я \_\_\_\_\_

(Ф.И.О)

согласен (согласна) на осмотр другими медицинскими работниками и студентами медицинских вузов и колледжей исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты, и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

Расписался в моем присутствии:

Врач \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О)

(подпись)

### Согласие на обработку персональных данных

Я,

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «МПЦ Лечения боли и реабилитации» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС, договором на оказание платных услуг).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

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, Оператор обязан прекратить их обработку

Контактный телефон \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_

**Дополнительное соглашение от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_**  
к Договору на оказание медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 года № \_\_\_\_\_

ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Антипина Эдуарда Эдуардовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и

(ФИО Потребителя/Заказчика, дата рождения, адрес места жительства, № контактного телефона)

именуемый в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а совместно именуемые «Стороны», заключили настоящее Дополнительное соглашение к Договору в целях определения Перечня медицинских услуг, оказываемых Потребителю и их стоимости, подлежащей оплате, в соответствии с условиями настоящего Договора:

Перечень (смета) платных медицинских услуг

№ п/п	Наименование услуги	Кол-во	Срок исполнения, дата	Цена по Прейскуранту, руб.	Итого, сумма к оплате, руб.

Стоимость медицинских услуг составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) рублей \_\_\_\_\_ копеек и определяется на основании действующего Прейскуранта, утвержденного Исполнителем и согласованного с Потребителем в соответствии п. 3.2. настоящего Договора.

Потребитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.  
Ф.И.О. подпись

Исполнитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.  
Ф.И.О. подпись



**Акт оказанных медицинских услуг**

Медицинские услуги в соответствии с Дополнительным соглашением от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_ и к Договору от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г. № \_\_\_\_\_ на общую сумму \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_\_ копеек, оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием медицинским персоналом осуществлялся в соответствии с согласованным сроком исполнения, рекомендации выданы, лечение (обследование) проведено надлежащим образом, ведение медицинской документации осуществлялось своевременно. Медицинские услуги оплачены в установленные сроки в полном объеме. Претензий Стороны не имеют.

Потребитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.  
Ф.И.О. подпись

Исполнитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.  
Ф.И.О. подпись

### Уведомление

Настоящим, ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», до заключения договора на оказание медицинских услуг, уведомляет Потребителя о том, что не соблюдение:

- указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», в том числе назначенного режима лечения, рекомендаций по профилактике осложнений и обострений заболевания, несоблюдение назначенного режима лечения;

- непредставление или неполное предоставление информации об имеющихся у Потребителя аллергических реакций, перенесенных заболеваниях и возникших вследствие этого осложнениях, а также иных сведений, которые, могут оказывать влияние на результаты диагностики и лечения; могут снизить качество предоставляемых ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации» платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность завершения их в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Также ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации» уведомляет о том, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», Потребитель может получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинских организациях, являющихся участниками указанных программ.

С уведомлением ознакомлен, Мне, также, разъяснено, что я могу получить в ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации» как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов платных медицинских услуг.

Я ознакомлен(а) с Прейскурантом ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации», осознаю стоимость запрашиваемых мною медицинских (и иных) услуг и прошу ООО «МПЦ лечения боли и реабилитации» заключить со мной договор на оказание медицинских (и иных) услуг.

Оплату медицинских (и иных) услуг гарантирую.

Подпись и дата: \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Я свидетельствую, что разъяснил(а) все вопросы, связанные с заключением договора на оказание медицинских услуг и дал(а) ответы на все вопросы. Потребитель (законный представитель) расписался(ась) в моём присутствии.

Исполнитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2018 г.

Ф.И.О.

подпись