

# ДОГОВОР

## на оказание медицинских услуг

г. Саранск

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с одной стороны, и

Общество с ограниченной ответственностью «Вера» (основной государственный регистрационный номер в Едином государственном реестре юридических лиц 1111322000888 (Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 13 номер 001409022, выданное 06.12.2011 г. Межрайонной ИФНС № 3 по Республике Мордовия), адрес места нахождения: 431722, Республика Мордовия, Чамзинский р-н, рабочий поселок Комсомольский, 1-й микрорайон, д. 18 А. Телефон, факс: +7 (83437)3-13-63), именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Директора Арискиной М.В., действующего (-ей) на основании Устава, с другой стороны, далее по тексту вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора.

1.1. Заказчик, располагая предоставленной Исполнителем информацией о возможности получения соответствующих видов и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, настоящим, действуя

<input checked="" type="checkbox"/>	в своих интересах
<input type="checkbox"/>	в интересах,

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (если имеется))

именуемого в дальнейшем – Пациент,

своей волей поручает, а Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (*читать: «Пациенту», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*) платные медицинские услуги в виде оказания отдельных медицинских услуг, предполагающих, в том числе осуществление медицинских вмешательств, согласно перечню, устанавливаемому бланками-заказами (сметами)<sup>1</sup>, подписываемыми Сторонами в период действия настоящего Договора (далее по тексту – «бланк – заказ (смета)), условиями и требованиями, предусмотренными настоящим Договором и приложениями к нему, в соответствии с правилами предоставления платных медицинских услуг населению и порядками, стандартами оказания медицинской помощи, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

Перечень подлежащих предоставлению Исполнителем в рамках настоящего Договора услуг вносится в бланк-заказ (смету) на основании перечня услуг, установленного прайс-листом, действующим на момент оформления Сторонами бланка – заказа (сметы), с которым Заказчик (*читать: «Заказчик и Пациент», для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора*) может ознакомиться в медицинских офисах Исполнителя или на сайте Исполнителя в сети Интернет по адресу: 430005, Россия, Респ Мордовия, г Саранск, ул Володарского, д 22А, тел.89297480025, действующим на момент заключения Договора.

Бланки-заказы (сметы), подписанные Сторонами в период действия настоящего Договора, являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Исполнитель осуществляет оказание предусмотренных настоящим Договором медицинских услуг в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, сведения о которой представлены в приложении к настоящему Договору.

1.3. Исполнитель осуществляет оказание медицинских услуг Заказчику (*читать: «Пациенту», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*) и выдаёт подготовленную в рамках настоящего Договора необходимую медицинскую документацию Пациенту / Заказчику / Лечащему врачу (ненужное вычеркнуть) в сроки, установленные в бланке-заказе (смете) в соответствии с действующим на момент оформления такого бланка-заказа (сметы) прайс-листом Исполнителя. При этом исчисление указанных сроков оказания услуг осуществляется со дня, следующего за днём подписания сторонами такого бланка-заказа (сметы).

### 2. Общие положения.

2.1. Настоящий Договор является публичным договором-офертой и содержит все существенные условия предоставления платных медицинских услуг населению.

2.2. Свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий настоящего Договора Заказчиком, а также информированного согласия Заказчика (*читать: «Заказчика и Пациента», для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией)*) с условиями осуществления медицинского вмешательства\*, является подписание Заказчиком <sup>2</sup> (и

<sup>1</sup> В случае если в перечень медицинских услуг, подлежащих предоставлению в соответствии с настоящим Договором, входит проведение обследования на ВИЧ-инфекцию, настоящий Договор считается заключенным при условии подписания Пациентом информированного согласия, форма которого представлена в приложении к настоящему Договору.

<sup>2</sup> В случаях, когда Пациент не указан по тексту настоящего Договора или Заказчик выступает родителем или законным представителем Пациента, когда Пациент является лицом, не достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией), или признано в установленном законом порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство);

Пациентом<sup>1</sup>, в случае, если таковой указан по тексту настоящего Договора) настоящего Договора и/или осуществление Заказчиком действий по выполнению его условий, в том числе по оплате услуг Исполнителя.

### **3. Права и обязанности сторон.**

3.1. Заказчик (*читать: «Заказчик и Пациент», для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией)*):

3.1.1. Вправе на основании действующего на момент оформления бланка-заказа (сметы) прайс-листа Исполнителя, определять фактический объем услуг Исполнителя.

3.1.2. Вправе получать консультации по технологии оказания медицинских услуг, а также интерпретации результатов лабораторных исследований, проведенных Исполнителем<sup>2</sup>.

3.1.3. Вправе требовать от Исполнителя надлежащего оказания услуг.

3.1.4. Вправе после заключения Договора (*с письменного согласия Пациента, для всех случаев, когда сведения Пациента указаны по тексту Договора и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией)*) отказаться от Договора, путём направления Исполнителю соответствующего письменного уведомления по адресу, указанному в настоящем Договоре, при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.1.5. Обязуется оплатить услуги Исполнителя.

3.2. Исполнитель:

3.2.1. Обязуется качественно и в установленные бланком-заказом (сметой) сроки оказать услуги Заказчику (*читать: «Пациенту», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*).

3.2.2. Обязуется выдать установленному бланком-заказом (сметой) лицу необходимую медицинскую документацию установленного образца.

3.2.3. Вправе в случае необходимости, привлекать Соисполнителей для оказания услуг Заказчику (*читать: «Пациенту», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*).

### **4. Порядок расчетов.**

4.1. Стоимость услуг Исполнителя определяется в соответствии с перечнем и стоимостью услуг, согласованными Сторонами в бланке-заказе (смете) на основании прайс-листа Исполнителя, действующего на момент такого бланка-заказа (сметы), и указывается в контрольно-кассовом чеке, квитанции или ином бланке строгой отчётности (документе установленного образца), выдаваемом Исполнителем Заказчику по факту оплаты последним стоимости предусмотренных настоящим Договором услуг.

4.2. Заказчик осуществляет оплату услуг Исполнителя путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо с использованием платёжных банковских карт в день заключения настоящего Договора.

### **5. Прочие условия.**

5.1. Стороны согласились, что при заключении и исполнении настоящего Договора они вправе пользоваться факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, электронно-цифровой подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

5.2. За частичное или полное неисполнение настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика (*читать: «Пациента», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

### **6. Заключительные положения.**

6.1. Настоящий Договор составлен в количестве экземпляров, соответствующих количеству Сторон настоящего Договора, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика (*читать: «Заказчика и Пациента», для всех случаев, когда сведения такового указаны по тексту Договора*) и Исполнителя, вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует в течение 10 (десять) лет.

6.2. Изменение и расторжение настоящего Договора возможны по соглашению Сторон, если иное не предусмотрено действующим законодательством.

6.3. Соглашение об изменении или о расторжении настоящего Договора совершается в той же форме, что и Договор, если из действующего законодательства, Договора или обычаев делового оборота не вытекает иное.

6.4. В случае, если сведения Пациента указаны по тексту Договора и Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией) и бланком-заказом (сметой) прямо предусмотрено право Заказчика / Лечащего врача на получение результатов лабораторных исследований, проведённых Исполнителем, иной информации о состоянии здоровья Пациента, подписанием бланка-заказа (сметы), Пациент подтверждает, что ему известно понятие

<sup>1</sup> когда Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией)

<sup>2</sup> Заказчик, в случае, когда Пациент указан по тексту Договора, вправе получать консультации по интерпретации результатов лабораторных исследований, проведенных Исполнителем<sup>2</sup> при условии, что оформленный Сторонами бланк-заказ (смета) прямо предусматривает право Заказчика получать результаты лабораторных исследований, проведенных Исполнителем, и иную информацию о состоянии здоровья Пациента.

«врачебной тайны», а также его право на неразглашение информации о факте обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании.

**\* ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ЛИЦА на медицинское вмешательство**

Заказчик<sup>1</sup> (или Пациент, если таковой указан по тексту Договора)<sup>2</sup> настоящим:

1. Дает свое добровольное согласие Исполнителю (далее по тексту - Исполнитель), на осуществление любых обследований и/или иных действий, имеющих диагностическую или исследовательскую направленность, выполняемых лабораторией по отношению к Заказчику (Пациенту, в случае, если таковой указан по тексту Договора) (процедур по взятию крови и ее компонентов, иных биологических материалов, кольпоскопии и/или иных процедур, связанных с оказанием услуг, перечисленных в бланке-заказе (смете));

2. Подтверждает, что:

- ознакомлен с характером каждой предстоящей процедуры, обозначенной в бланке-заказе (смете) (далее по тексту – процедура), и правом требовать ее прекращения;
- осознает, что поименованная выше процедура сопряжена с возможностью непреднамеренного причинения вреда здоровью;
- получил рекомендации сотрудника Исполнителя о режиме, который необходимо соблюдать после проведения процедуры, ознакомлен с возможными осложнениями, которые могут возникнуть в случае нарушения рекомендаций сотрудника Исполнителя, а также порядке действий в случае возникновения осложнений;
- имел возможность задавать сотруднику Исполнителя любые вопросы и на все вопросы получил исчерпывающие ответы;
- поставил в известность сотрудника Исполнителя, осуществляющего проведение процедуры, обо всех проблемах, связанных со здоровьем Заказчика (Пациента, в случае, когда таковой указан по тексту настоящего Договора), в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости йода, спирта;
- ознакомлен и согласен со всеми пунктами подписываемого документа, положения которого разъяснены и поняты Заказчиком (Пациентом, в случае, когда таковой указан по тексту настоящего Договора),

---

До заключения Договора Заказчик (и Пациент, в случае, если таковой указан по тексту настоящего Договора) подтверждает ознакомление с порядком предоставления услуг Исполнителем, условиями и требованиями к их предоставлению, а также получение уведомления Исполнителя о том, что несоблюдение названных порядков, условий и требований, а равно указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника Исполнителя, предоставляющего платную медицинскую услугу), может снизить качество предоставляемых Исполнителем в соответствии с настоящим Договором платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность их своевременного завершения или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Пациента, в случае, если таковой указан по тексту настоящего Договора).

Заказчик

\_\_\_\_\_/ /  
(подпись) (ФИО)

Пациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией))

\_\_\_\_\_/ /  
(подпись) (ФИО)

---

<sup>1</sup> В случаях, когда Пациент не указан по тексту настоящего Договора или Заказчик выступает родителем или законным представителем Пациента, когда Пациент является лицом, не достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией), или признано в установленном законом порядке недееспособным (если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство);

<sup>2</sup> когда Пациент является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией)

ПОДПИСИ СТОРОН

Пациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией))

Исполнитель  
ООО «Вера»  
Директор \_\_\_\_\_

М.В. Арискина

(фамилия, имя, отчество (если имеется))  
Адрес места жительства: **Россия**  
Телефон:

М.П.

Заказчик

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (если имеется))  
Адрес места жительства: **Россия**  
Телефон:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Внимание! В соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ Заказчик имеет право на получение налогового вычета из подоходного налога в размере суммы, уплаченной Заказчиком за медицинские услуги, оказанные медицинскими учреждениями ему, его супругу (супруге), родителям и/или детям в возрасте до 18 лет. Таким образом, оплата Заказчиком услуг, предоставленных медицинскими учреждениями РФ иным лицам, кроме прямо предусмотренных названной статьей, лишает Заказчика права на получения налогового вычета из подоходного налога.

Получение экземпляра настоящего договора подтверждаю:

Пациент (заполняется в случае, если Пациент указан по тексту Договора и является лицом, достигшим возраста 15 лет (16 лет, если лицо, является больным наркоманией))

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Заказчик

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)

Расписались в моем присутствии:

\_\_\_\_\_  
(должность медицинского работника) (подпись)  
(ФИО)