

Я

---

---

—

Своей подписью подтверждаю, что до заключения договора на оказание платных медицинских услуг, проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и уведомлен(а) ,, что не соблюдение указаний (рекомендаций) специалиста ИП «Шемчук Наталья Валерьевна», оказывающих платные медицинские услуги, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

---

Подпись

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**

Г.Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

ИП «Шемчук Наталья Валерьевна», ОГРНИП 314774631700891, именуемое в дальнейшем «ИП», в лице врача-психиатра Шемчук Натальи Валерьевны, действующей на основании Медицинской лицензии ЛО-77-01-01077 от 18.08.2015г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы Правительства Москвы, с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

## **1. Предмет договора**

1.1. ИП обязуется оказать пациенту платные медицинские услуги (Комплекс медицинских услуг) в соответствии с Прейскурантом, а Пациент обязуется оплатить предоставленные медицинские услуги. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставленных в соответствии с настоящим договором, с Прейскурантом ИП и согласовываются с Пациентом одновременно со сроками предоставления услуги (комплекса медицинских услуг).

1.2. ИП осуществляет медицинскую деятельность в соответствии с Федеральным Законом от 21.11.2011 (с внесенными правками от 2015г.) №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», Гражданским кодексом РФ, постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г.№1006 « Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и на основании лицензии № ЛО-77- 01-01077 от 18.08.2015г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы Правительства Москвы (127006, Москва, Оружейный пер..д.43. тел(499) 251-83-00).

## **2. Обязательства и права сторон**

2.1. В целях выполнения предмета настоящего договора ИП обязан:

- 2.1.1. Обеспечить возможность ознакомления Пациента с бесплатной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, о квалификации специалистов, условиях предоставления медицинских услуг (в т.ч. показаниях, противопоказаниях, возможных осложнениях), а также иную достоверную информацию о предоставляемой медицинской услуге.
- 2.1.2. Качественно оказать Пациенту указанную в пункте 1.1. настоящего договора медицинскую услугу (комплекс медицинских услуг).
- 2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, а также правила медицинской этики и деонтологии.
- 2.2. В целях выполнения предмета настоящего договора Пациент обязан:
- 2.2.1. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также о проведенных медицинских мероприятиях за последний год. Предоставить заключения врачей других специальностей в случае необходимости.
- 2.2.2. Оплатить медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора.
- 2.2.3. Точно выполнять назначения врача и условия настоящего договора.
- 2.3. При обращении за медицинской помощью и ее оказании Пациент имеет права, предусмотренные статьей 10 Федерального закона от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.4. Стороны настоящего договора признают, что на обе стороны Договора распространяются и другие права и обязанности, предусмотренные законодательством РФ, прямо не указанные в настоящем договоре.

### **3. Информация о предоставляемой медицинской услуге**

- 3.1. Информация о предоставляемой медицинской услуге сообщается Пациенту во время ознакомления и подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
- 3.2. С учетом технологии выполнения медицинской услуги Пациент должен знать о возможности уменьшения или увеличения объема оказания медицинских услуг.
- 3.3. ИП не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга оказана квалифицировано, с учетом того, что осложнения могут возникнуть в связи с физиологическими особенностями организма.
- 3.4. Подписанием настоящего договора, Пациент подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, и согласен на обработку, хранение и использование своих персональных данных в локальных информационных системах ИП, содержащих данные о пациенте и об оказываемых им медицинских услугах.

### **4. Порядок расчетов**

- 4.1. Стоимость медицинской услуги определяется на основании Прейскуранта и согласованного плана лечения. Оплата медицинской услуги производится в кассу ИП или иным способом,

разрешенным действующим законодательством в порядке 100% предоплаты до начала оказания медицинской услуги в день личного обращения.

4.2. ИП оставляет за собой право 2 раза в год изменять Прейскурант (его позиции и цены за услуги).

## **5. Порядок разрешения споров и ответственность сторон**

### **за нарушение условий договора**

5.1. Претензии и споры, возникшие между Пациентом и ИП, разрешаются по согласованию сторон или в установленном законом порядке.

5.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. В случае если ИП по вине Пациента не смогло оказать услугу или вынужден прекратить ее оказание, а также в случае отказа Пациента после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, договор расторгается по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает ИП фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

5.4. При несоблюдении Пациентом условий п.п. 2.2.1, 2.2.3 настоящего договора ИП не несет ответственности за некачественно оказанную помощь.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязанностей по настоящему договору, если это произошло в результате форс-мажорных обстоятельств (в т.ч. решения органов власти и исполнения, препятствующие выполнению обязательств по настоящему договору).

## **6. Прочие условия**

6.1. Пациент ознакомился и согласен с условиями предоставления платных медицинских услуг, установленных ИП, и обязуется их соблюдать.

6.2. Стороны настоящего договора пришли к соглашению, что подтверждением согласия Пациента с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления услуги (комплекса медицинских услуг) является подпись Пациента в Акте об оказании услуг. В случае отказа Пациента соответствующая услуга не оказывается. Акт об оказании услуг не подписывается.

6.3. Изменение и расторжение настоящего договора производится в порядке, определенном законодательством РФ.

6.4. Во всем остальном, что не урегулировано настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

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

6.6. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

## 7. Адреса и реквизиты сторон

### **ИП «Шемчук Наталья Валерьевна»**

125284 Москва 1-ый Хорошевский проезд, дом 16, к 1., 21.

ОГРНИП 314774631700891

ИНН 771408753775

р/с 40802810602570000396

ОКАТО 45277598000

АО «Альфа-Банк»

кор/с 30101810200000000593

БИК 04452593

### **Пациент:**

ФИО \_\_\_\_\_

Паспорт серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Зарегистрирован(а) по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

## 8. Подпись сторон

ИП

Пациент

Врач-психиатр

\_\_\_\_\_ Н.В. Шемчук

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Экземпляр договора на руки получил

Пациент \_\_\_\_\_