

## УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения)

подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг я уведомлен(-а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись пациента)

### ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ на оказание платных медицинских услуг

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

Общество с ограниченной ответственностью «ВИТАМЕД», именуемое в дальнейшем «Клиника», действующее на основании лицензии № Л041-01137-77/00328162, дата предоставления: 27.02.2020 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, (срок действия лицензии – бессрочно), в лице управляющего Глуховой Екатерины Сергеевны, действующей на основании доверенности от 06.08.2024, зарегистрированной в реестре нотариуса за № 77/744-н/77-2024-2-1389, с одной стороны, и {ФамилияИмяОтчество}, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», а также {ФамилияИмяОтчество\_Заказчика}, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

#### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Клиника при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей оказывает Пациенту платные медицинские услуги по своему профилю деятельности согласно действующему Прейскуранту и лицензии, в том числе при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), гастроэнтерологии, генетике, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, диетологии, кардиологии, косметологии, лечебной физкультуре, мануальной терапии, неврологии, онкологии, остеопатии, психиатрии, ревматологии, рефлексотерапии, спортивной медицине, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: гастроэнтерологии, неврологии, эндокринологии (далее «Услуги»).

1.2. Перечень и объем платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту, определяются сторонами в момент получения соответствующей услуги.

#### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 2.1. Клиника обязуется:

- 2.1.1. предоставить Пациенту, платные медицинские услуги в соответствии с установленными стандартами и порядками оказания медицинской помощи и на основании клинических рекомендаций;
- 2.1.2. предоставить Пациенту доступную и достоверную информацию о предоставляемой услуге;
- 2.1.3. выдать Пациенту медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг. Выдача Пациенту медицинских документов (копий медицинских документов, выписок из медицинских документов), осуществляется в порядке и в сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

##### 2.2. Клиника имеет право:

- 2.2.1. привлекать третьих лиц для оказания Услуг по Договору, а также передавать третьим лицам сведения о Пациенте, в том числе медицинскую документацию, в объеме, необходимом для проверки качества и безопасности оказания медицинских услуг, урегулирования претензий по Договору и в других случаях, напрямую связанных с исполнением Сторонами Договора. При этом Клиника обязуется обеспечивать защиту предоставленных Пациентом персональных данных;
- 2.2.2. осуществлять фото-, аудио- и видеосъемку в помещениях Клиники в целях обеспечения безопасности персонала и посетителей Клиники и контроля за качеством оказания услуг по Договору;
- 2.2.3. изменять режим работы в целом или отдельных кабинетов без дополнительных уведомлений;
- 2.2.4. отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Пациента более, чем на 10 минут и занятости специалиста Клиники, в том числе отменить назначенный прием;

- 2.2.5. заменить медицинского работника при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом или отказа от наблюдения за пациентом и его лечения, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
- 2.2.6. изменять по медицинским показаниям план, объем и стоимость лечения с согласия пациента;
- 2.2.7. отказать в оказании медицинской услуги Пациенту в случае:
  - 2.2.7.1. отсутствия у Пациента медицинских показаний или выявления противопоказаний для оказания услуги;
  - 2.2.7.2. отказа от подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство;
  - 2.2.7.3. если действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала Клиники и другим пациентам.

### **2.3. Пациент обязуется:**

- 2.3.1. до начала получения платных медицинских услуг предоставить лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских учреждениях (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, противопоказаниях, об имеющихся и перенесенных заболеваниях, а также, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
- 2.3.2. незамедлительно сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия и состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенным Клиникой медицинским вмешательством, и, в случае необходимости, прибыть на консультацию и лечение в Клинику;
- 2.3.3. выполнять все медицинские предписания, назначения и рекомендации специалистов Клиники;
- 2.3.4. при назначении специалистами других лечебных учреждений лекарственных препаратов начинать их прием после уведомления лечащего врача Клиники;
- 2.3.5. подтверждать своей подписью в информированном добровольном согласии свое согласие на медицинское вмешательство;
- 2.3.6. соблюдать режим лечения, а также Правила внутреннего распорядка для пациентов;
- 2.3.7. своевременно являться на приемы (за 10 минут до начала), а в случае невозможности явки в назначенный срок по уважительной причине, заблаговременно (не менее, чем за сутки) предупредить об этом Клинику.

### **2.4. Заказчик обязуется:**

- 2.4.1. своевременно оплачивать стоимость оказываемых Клиникой медицинских услуг;
- 2.4.2. соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов.

### **2.5. Пациент имеет право:**

- 2.5.1. выбирать медицинского работника из числа сотрудников Клиники, информация о которых размещена на официальном сайте и информационном стенде;
- 2.5.2. получать в доступной форме имеющуюся у Клиники информацию о состоянии его здоровья, в том числе получать копии медицинских документов и выписок из медицинских документов в порядке и в сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;
- 2.5.3. отказаться от получения услуг с возмещением Заказчиком Клинике понесенных ей затрат при оказании услуг Пациенту.

### **2.6. Заказчик имеет право:**

- 2.6.1. отказаться от получения услуг с возмещением Клинике понесенных ей затрат при оказании услуг Пациенту.

## **3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

- 3.1. Стоимость оказываемых услуг определяется исходя из утвержденного Клиникой Прейскуранта, в соответствии с фактически выполненным объемом услуг. Подписание Договора Пациентом и Заказчиком означает их ознакомление и согласие с действующим Прейскурантом Клиники.
- 3.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в 100% объеме непосредственно в день оказания услуг до или после их оказания Клиникой. Другие варианты расчетов могут быть указаны в Правилах оказания платных медицинских услуг.
- 3.3. Расчеты между Сторонами осуществляются: наличными денежными средствами через кассу Клиники, с использованием пластиковых карт банковских организаций, с помощью сервиса СБП (Система быстрых платежей) или онлайн при записи на прием на сайте Клиники.
- 3.4. Клиника оставляет за собой право в одностороннем порядке пересматривать стоимость услуг, оказываемых в рамках Договора. Новый Прейскурант доводится до сведения Пациента и Заказчика путем его размещения на информационном стенде и сайте Клиники.
- 3.5. Стороны согласовали, что в случае необходимости оказания дополнительных медицинских услуг Клиника вправе предоставить Пациенту услуги без оформления дополнительного соглашения к Договору либо нового договора.
- 3.6. Услуги могут предоставляться в полном объеме стандартов медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств. Настоящим Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать услуги в объеме, превышающем вышеуказанные стандарты.
- 3.7. Срок оказания Услуг определяется специалистом Клиники исходя из целей оказания медицинских услуг, объективного состояния здоровья Пациента. Срок оказания Услуг также может зависеть от графика посещений Пациентом Клиники и выполнения или невыполнения им рекомендаций специалистов Клиники. В случае необходимости индивидуального изготовления или приобретения медицинского изделия срок оказания услуг может зависеть от периода, необходимого для его изготовления или приобретения.

3.8. Срок ожидания оказания Услуг по Договору не может превышать 1 (одного) месяца с даты обращения Пациента в Клинику, за исключением случаев отсутствия соответствующего специалиста Клиники по причине отпуска, командировки или болезни.

#### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг и выбор методов лечения в соответствии с законодательством РФ. При этом Пациент уведомлен, что осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие из-за особенностей организма, не являются недостатками качества услуг, если они оказаны с соблюдением необходимых требований.

4.2. Клиника не несет ответственности за результаты оказания Услуг Пациенту, в случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций, а также в случае непредоставления со стороны Пациента имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья.

#### 5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Все споры и разногласия, возникшие при исполнении Договора, Стороны вправе решить в претензионном (досудебном) порядке путем переговоров, в том числе с проведением оценки результатов оказанных услуг на совместном заседании Пациента и Врачебной Комиссии Клиники с возможностью привлечения сторонних специалистов. Все претензии в этом случае предъявляются Сторонами в письменном виде и подлежат рассмотрению в сроки, установленные законодательством РФ. При разрешении спора в судебном порядке стороны направляют свои требования в суд.

#### 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения ими своих обязательств.

6.2. Пациент подтверждает, что он проинформирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ, а также о том, что Клиника не участвует в реализации программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи (ОМС).

6.3. Пациент подтверждает, что до подписания Договора он был ознакомлен с информацией, размещенной на сайте Клиники: о медицинских работниках, которые отвечают за предоставление платных медицинских услуг, в том числе об их профессиональном образовании и квалификации; о форме и способах направления обращений (жалоб) в органы государственной власти и организации, а также непосредственно в Клинику; о порядках оказания медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также с информацией о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

6.4. Пациент и Заказчик подтверждают, что до подписания Договора они были ознакомлены с Прейскурантом Клиники, Правилами оказания платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка для пациентов. Пациент и Заказчик понимают, что положения всех перечисленных актов распространяют свое действие на правоотношения, возникшие между Пациентом, Заказчиком и Клиникой. Все положения перечисленных локальных нормативных актов им понятны и они обязуются соблюдать их требования. После подписания Договора Пациент и Заказчик также могут в любое время ознакомиться с этими документами на сайте и информационном стенде клиники.

6.5. В соответствии с п.2 ст.160 Гражданского кодекса РФ при подписании Договора и приложений к нему со стороны Клиники может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

#### 7. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

<b>КЛИНИКА:</b> Общество с ограниченной ответственностью «ВИТАМЕД»  Адрес: 115093, г. Москва, Партийный переулок, д.1, корп. 25 ОГРН 1117746857821 ИНН 7725737877, КПП 772501001 Сайт: osteopoint.ru Электронная почта: info@osteopoint.ru  Управляющий  _____ Е.С. Глухова подпись	<b>ПАЦИЕНТ:</b> ФамилияИмяОтчество {ФамилияИмяОтчество}  Паспортные данные: {Паспорт} Адрес места жительства {адрес места жительства} Моб. тел.: {МобТелефон}  _____ {ФамилияИмяОтчество} ФИО полностью, подпись
<b>ЗАКАЗЧИК:</b> ФамилияИмяОтчество {ФамилияИмяОтчество}	

Паспортные данные: {Паспорт}  
Адрес места жительства {адрес места жительства}  
Моб. тел.: {МобТелефон}

\_\_\_\_\_ {ФамилияИмяОтчество}

ФИО полностью, подпись