ДОГОВОР № 699-2020/0-

об оказании платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | 20-01-2020г. |

КЛИНИКА, далее именуемое «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 26 марта 2015г. № ФС-91111111 (выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, расположенной по адресу: 109074, г.Москва, Славянская пл., д.4, стр.1, тел.(495)698-45-38) в лице главного врача ФАМИЛИЯ Ольги Сергеевны, действующей на основании Доверенности №01 от 12 марта 2018 года с одной стороны, и Тест - - 01-01-2016, далее именуемый «Потребитель», действующий на основании Паспорта, с другой стороны, далее обозначаемые как "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги далее именуемые «Медицинские услуги» согласно их перечню в приложениях к настоящему Договору, а Потребитель или его Представитель обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных Медицинских услуг на условиях, оговоренных в настоящем Договоре и приложениях к настоящему Договору;

1.2. Исполнитель оказывает Медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Клиники по адресу: 115522, Москва, или по месту регистрации (прописки) Потребителя;

1.3. Договор вступает в силу с даты его подписания и действует при всех последующих обращениях Потребителя к Исполнителю за оказанием Медицинских услуг по 31 декабря текущего года включительно;

1.4. При оказании Исполнителем оплаченных Медицинских услуг с превышением срока действия настоящего Договора, указанного в п. 1.3., Договор заканчивает свое действие датой завершения оказания оплаченных Медицинских услуг;

2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость оказываемых Медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту цен на Медицинские услуги Исполнителя, утвержденному в установленном порядке;

2.2. Оплата Медицинских услуг по настоящему Договору производится Потребителем или его Представителем в порядке, указанном в настоящем Договоре и приложениях к нему;

2.3. Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, имеющие длительный срок оказания (лечение в стационаре), подлежат оплате в полном объеме с даты начала по дату завершения их оказания;

2.4. Медицинские услуги оказываются после их оплаты;

2.5. Медицинские услуги с длительным сроком оказания (лечение в стационаре) оплачиваются за период не менее 14 дней для 1 и 2 клинических отделений и не менее 30 дней для других клинических отделений;

2.6. Возврат денежных средств за оказанные Медицинские услуги не осуществляется;

2.7. Возврат неиспользованных денежных средств на оказание Медицинских услуг Потребителю, в том числе при прекращении действия настоящего Договора, осуществляется по заявлению Потребителя или его Представителя в течение 1 месяца после его подачи безналичным путем на указанные в заявлении реквизиты;

2.8. Срок подачи Потребителем заявления на возврат неиспользованных денежных средств с даты прекращения оказания Медицинских услуг или с даты прекращения действия настоящего Договора составляет 6 месяцев.

3. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА И ПРАВА СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется: Обеспечить необходимые условия и оказать Потребителю указанные в приложениях к настоящему Договору Медицинские услуги; Предоставить информацию по итогам оказанных Медицинских услуг в виде предусмотренных ими документов (медицинского заключения, результатов исследований, анализов и т.д.);

3.2. Исполнитель вправе: Расторгнуть Договор в одностороннем порядке в случае невыполнения Потребителем условий настоящего Договора и прекратить оказание Медицинских услуг, или, при наличии показаний, в соответствии со статьей 29 Закона РФ «О психиатрической помощи и правах граждан при её оказании», организовать госпитализацию Потребителя для лечения в другой психиатрический стационар;

3.3. Потребитель (или его Представитель) обязуется: Ознакомиться и подписать все необходимые документы о добровольном информированном согласии на оказание указанных в приложениях к настоящему Договору Медицинских услуг; Во время оказания Медицинских услуг выполнять требования медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное проведение Медицинской услуги;

3.4. Потребитель вправе: Заменить лечащего врача его на другого, при согласии последнего; По итогам оказанных Медицинских услуг получить подтверждающие документы (медицинское заключение, результаты исследований, анализов и т.д.); Расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой стороны, ответственность наступает согласно действующему законодательству Российской Федерации;

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Все споры, разногласия по настоящему Договору, которые могут возникнуть у сторон, рассматриваются в претензионном порядке в 10-дневный срок от даты получения письменной претензии от другой стороны. Претензии Потребителя принимаются при наличии квитанции об оплате оказанных Медицинских услуг и настоящего Договора;

5.2. В случае возникновения разногласий по вопросу качества оказанных Медицинских услуг, стороны договорились спорные ситуации рассматривать на Врачебной комиссии КЛИНИКИ;

5.3. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации;

5.4. Потребитель или его Представитель не возражает против использования Исполнителем факсимиле подписи в настоящем Договоре, его приложениях и дополнительных соглашениях к нему.

6. ДОКУМЕНТАЦОННО-ЮРИДИЧЕСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

6.1. Договор составлен на русском языке в 2-х экземплярах: один хранится у Потребителя или у его законного представителя, другой - у Исполнителя, все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу;

6.2. Приложения, дополнения и изменения условий Договора действительны лишь в случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны представителями сторон Договора, после чего они становятся его неотъемлемыми частями;

6.3. Реквизиты Сторон:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ИСПОЛНИТЕЛЬ | ПОТРЕБИТЕЛЬ  или его Представитель: |  |
|  | КЛИНИКА  УФК по г. Москве ГУ Банка России по ЦФО  ИНН 11111111 КПП 111111  Р/сч 111111  л/сч. 11111  БИК 1111 | Тест - -  Паспорт: серия № выдан  Адрес места жительства:  МОСКОВСКАЯ ОБЛ, р-н. Клинский, г.Высоковск, , , , |  |

7. ПОДПИСИ СТОРОН

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | За Исполнителя  Главный врач | Потребитель  (Представитель) |  |
| |  |  | | --- | --- | |  | /О.С. Фамилия/ | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Тест - - |  |