|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| г. Москва | **ДОГОВОР****оказания платных медицинских услуг**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. |  |

**Общество с ограниченной ответственностью «СФЕРА» (ООО «СФЕРА»),** именуемое в дальнейшем **«Клиника»,** юридическое лицо, зарегистрированное в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за основным государственным регистрационным номером (ОГРН) 1217700375034, дата внесения записи о создании юридического лица в ЕГРЮЛ: 11.08.2021 г., наименование регистрирующего органа: МИФНС № 46 по г. Москве, в лице Исакова Зураба Султановича, действующей на основании Устава, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
	1. В соответствии с настоящим Договором и Лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041-01137-77/00007389, выданной от 23.03.2022 г., Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги: «при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), косметологии, ультразвуковой диагностике», а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, предоставляемые Клиникой, по наименованию, стоимости и в сроки, в соответствии с Дополнительными соглашениями к настоящему договору, которые являются неотъемлемой частью Договора.
	2. Медицинские услуги по каждому Дополнительному соглашению оказываются в течение 1 месяца с момента оформления Дополнительного соглашения, если в Дополнительном соглашении не предусмотрены иные сроки.
	3. Медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором, предоставляются Клиникой в помещении Клиники, которое расположено по адресу: 115054, Г. Москва, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ ЗАМОСКВОРЕЧЬЕ, НАБ ШЛЮЗОВАЯ, Д. 2А, ПОМЕЩ. 16/1
	4. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемые Клиникой, содержатся и в действующем на момент оказания услуг Прейскуранте.
	5. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, права и обязанности Клиники и Пациента, режим работы Клиники по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платных медицинских услуг их стоимость определены Правилами оказания платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам в Клинике и действующем на момент оказания услуг Прейскурантом, утвержденные приказом руководителя Клиники.
2. **СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
	1. Пациент оплачивает медицинские услуги в объеме, в ценах, установленные в Дополнительных соглашениях в соответствии с прейскурантом, действующим на момент подписания соответствующего Дополнительного соглашения.
	2. Пациент оплачивает медицинские услуги в рублях, путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Расчет производится в наличной форме путем внесения денежных средств в кассу Клиники или безналичным способом и с использованием платежных карт и иных электронных средств платежа по выбору Пациента.
	3. Пациент соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг, согласованная с ним после осмотра, предварительная, она не включает стоимость скрытых патологий, которые могут обнаружить врачи в процессе оказания медицинских услуг. Точная стоимость определяется и доводится до сведения Пациента до начало оказания медицинских услуг в соответствии с действующим прейскурантом цен на момент обращения за медицинскими услугами.
	4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и консультаций, стоимость услуг может быть изменена Клиникой с согласия Пациента с учетом уточненного диагноза.
	5. Стоимость оказываемых медицинских услуг, в том числе размещена в общедоступном для ознакомления месте на территории Клиники и на официальном сайте Клиники в сети Интернет по адресу: isclinic.ru
	6. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что ознакомлен с порядком расчетов и стоимостью медицинских услуг.
3. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
	1. Обязанности Пациента:
		1. соблюдать требования настоящего Договора и Правил оказания платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам в Клинике.
		2. содействовать Клинике в надлежащем исполнении Договора и качественном оказании услуг, выражающиеся в предоставлении Пациентом всей необходимой информации для оказания медицинских услуг, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Клиникой (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 качество предоставляемых услуг.
		3. соблюдать рекомендации врача, режим лечения, запланированные сроки посещения Клиники, незамедлительно информировать Клинику о любых осложнениях или выявленных недостатках, возникших в процессе или после оказания медицинских услуг;
		4. предоставить Клинике письменное согласие на обработку Клиникой его персональных данных;
	2. Права Пациента:
		1. отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, направив Клинике письменный отказ, при условии оплаты Клинике фактически понесенных Клиникой расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.
	3. Обязанности Клиники:
		1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в дни, часы работы, которые устанавливаются Клиникой, в соответствии с условиями настоящего Договора, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
	4. Права Клиники:
	5. Клиника имеет право изменять и дополнять настоящий Договор, Правила оказания платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам в Клинике и стоимость услуг без предварительного согласования с Пациентом, обеспечивая при этом публикацию изменений и дополнений на официальном сайте Клиники в сети Интернет по адресу: [isclinic.ru](http://www.премиум-клиник.рф/), а также в общедоступном для ознакомления с этими документами на территории Клиники, не менее чем за 5 (пять) дней до ввода их в действие.
	6. Исполнитель имеет право отказать в оказании услуг в случае:
		1. несогласия Пациента с условиями настоящего Договора;
		2. пребывание Пациента в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
		3. совершения Пациентом действий, нарушающих общепринятые этические нормы поведения, а также создающие угрозу жизни и здоровью работников и других Пациентов;
		4. при наличии у Пациента медицинских противопоказаний;
		5. имеющиеся задолженности по оплате ранее оказанных услуг;
		6. в других случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, при отсутствии прямой угрозы жизни Пациента.
	7. Клиника оставляет за собой право обратиться в полицию или в иные компетентные органы, если Пациент явился на прием в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения, нарушает общественный порядок в Клинике распространяет заведомо ложные сведения в отношении Клиники или о работниках Клиники, порочащих честь и достоинство, высказывается в адрес работников Клиники грубыми нецензурными оскорблениями.
4. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
	1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации и настоящим Договором.
	2. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Клинику о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации, а также в следующих случаях:
		1. в случае медицинского вмешательства третьих лиц после оказания медицинских услуг Клиникой, которые могли вступить в противоречие с лечением, проводимым Клиникой, и оказать негативное влияние на состояние здоровья Пациента;
		2. в случае атипичного протекания у Пациента заболевания, наступление побочных эффектов, непрогнозируемых индивидуальных реакций Пациента на медицинские препараты;
		3. за оказанные работниками Клиники Пациенту медицинские услуги, не согласованные Сторонами настоящим Договором и приложениями к нему.
	3. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами с соблюдением досудебного порядка урегулирования спора, а в случае недостижения согласия – в суде по правилам подведомственности и подсудности, установленным процессуальным законодательством.
	4. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом обязательства по оплате оказанных Клиникой услуг, Пациент обязан уплатить Клинике неустойку в размере 1,0% суммы задолженности за каждый день просрочки неисполнения обязательства.
	5. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц его сопровождающих Пациента, Пациент обязуется в течение трех календарных дней с даты причинения ущерба возместить Клинике нанесенный действительный ущерб в полном объеме.
	6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующие выполнению обязательств по настоящему Договору.
5. **КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**
	1. Клиника обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской услугой, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна, ст.13 Федерального закона от 21.11.2011г. № 323-ФЗ).
	2. Подписывая настоящий Договор, Пациент выражает согласие на направление ему или его доверенным лицам результатов медицинских исследований, медицинских отчетов, информации о записи на прием, информации об услугах и проводимых акциях, а также иной информации, связанной с предоставлением медицинских услуг Клиникой по адресу места жительства и(или) по номеру контактного телефона и(или) по адресу электронной почты Пациента, указанным в разделе 7 настоящего Договора. При этом Пациент осведомлен, что сведения будут направляться по незащищенным каналам связи, в связи с чем Клиника не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа третьих лиц и не несет ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц. Для получения информации Пациентом или его доверенным лицом по вопросам, связанным с предоставляемыми медицинскими услугами, может быть использовано кодовое слово.
6. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
	1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания.
	2. Срок действия настоящего Договора устанавливается с даты его подписания и действует в течение 1 (Одного) календарного года и/или в течение всего периода, необходимого и достаточного для полного выполнения предоставляемых услуг. Если за две недели до истечения указанного срока Стороны не заявили о своем намерении расторгнуть настоящий Договор, то он продолжает действие на следующий срок такой же продолжительностью.
	3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что полностью удовлетворен предоставленной информацией о Клинике, о предоставляемых услугах, об адресе и контактных данных органа, выдавшего Клинике Лицензию на оказание медицинских услуг, Пациент подтверждает, что ознакомлен с Правилами оказания платных медицинских услуг физическим и юридическим лицам в Клинике, которые размещены на информационных стендах в Клинике, а также на официальном сайте Клиники в сети Интернет по адресу: [isclinic.ru](http://www.премиум-клиник.рф/)
	4. Клиника не является участником программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
	5. Договор может быть прекращен до истечения срока выполнения сторонами своих обязательств:
		1. по соглашению Сторон;
		2. в одностороннем порядке Пациентом путем подачи письменного заявления на имя руководителя Клиники в любое время до или после момента начала оказания услуг (услуги), при условии оплаты фактически понесенных Клиникой расходов. В этом случае Договор считается расторгнутым с момента получения Клиникой соответствующего заявления. Подписание дополнительного соглашения о расторжении не требуется.
	6. Уведомления и иные официальные обращения Сторон друг к другу в связи с исполнением настоящего Договора осуществляются путем направления корреспонденции по адресу места нахождения (жительства) и(или) по адресу электронной почты, указанными Сторонами в разделе 7 настоящего Договора. Клиника также вправе использовать для целей, указанных в настоящем Договоре, смс-оповещения на номер контактного телефона Пациента (его доверенного лица).
	7. В случае изменения адреса места нахождения (жительства), адреса электронной почты, номера телефона Стороны, обязаны своевременно уведомить об этом другую сторону с предоставление новых контактов. В противном случае корреспонденция, направленная по адресам (номеру контактного телефона), указанным в разделе 8 настоящего Договора, будет считаться направленной надлежащим образом, а все последствия и риски, связанные с неполучением данной корреспонденции, будет нести только сторона, не известившая об изменении своих реквизитов.
	8. Настоящий Договор составлен в двух одинаковых экземплярах, по одному для каждой из Сторон.
7. **РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:**

**Клиника:**

**ООО «СФЕРА»**

115054, Г. Москва, ВН.ТЕР.Г. МУНИЦИПАЛЬНЫЙ ОКРУГ ЗАМОСКВОРЕЧЬЕ, НАБ ШЛЮЗОВАЯ, Д. 2А, ПОМЕЩ. 16/1

ОГРН: 1217700375034 от 11.08.2021 г.

ИНН/КПП: 9705158579/ 770501001

БАНК: ПАО СБЕРБАНК, БИК 044525225, Кор/с: 30101810400000000225, Р/с: 40702810838000267575

**Пациент:**

фамилия, имя и отчество (если имеется):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, адрес места жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

данные документа, удостоверяющего личность: вид документа: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Клиника** | **Пациент** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**М.П.****Исаков Зураб Султанович** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*расшифровка подписи* |