**Общество с ограниченной ответственностью «ЛораВита»**

454031, г. Челябинск, ул. 50летия ВЛКСМ, 14/А

Тел: (351) 751-22-80, (351) 750-75-99

e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru) сайт: www.loravita.ru

**Договор № \_\_\_\_**

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Челябинск «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

ООО «ЛораВита», действующее на основании лицензии № ЛО-74-01-005155 от «31» июля 2019 года, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, в лице директора Голикова Георгия Борисовича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель или Медицинский центр, с одной стороны, и гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент/Законный представитель **(нужное подчеркнуть)** (Далее – Пациент/ЗП), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Пациент/ЗП ***(ФИО Пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*** поручает, а Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент/ЗП обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
   2. Исполнитель обязуется оказать следующие медицинские услуги:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование медицинской услуги | Стоимость, руб. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Права и обязанности сторон**
   1. Права Исполнителя:
      1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг в соответствии с состоянием здоровья Пациента.
      2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.
      3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Пациентом/ЗП.
      4. Отказать Пациенту/ЗП в оказании медицинских услуг в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Пациентом/ЗП обязанностей, предусмотренных п. 2.4. настоящего договора, с последующим расторжением договора в порядке п. 3 ст. 450 ГК РФ.
   2. Обязанности Исполнителя:
      1. Оказать медицинские услуги надлежащего качества, т.е. с соблюдением медицинских технологий и правильности их проведения.
      2. Предоставить Пациенту/ЗП бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах.
      3. Соблюдать санитарно-гигиенический порядок.
      4. Использовать в процессе оказания услуг расходные материалы и оборудование надлежащего качества.
      5. Хранить информацию о Пациенте в течение сроков, установленных законодательством РФ - 5 лет.
      6. Разъяснить Пациенту/ЗП результаты оказанных медицинских услуг. По требованию Пациента/ЗП выдать на руки копии медицинских документов, отражающих его здоровье, если в них не затрагиваются интересы третьих лиц.
      7. Соблюдать конфиденциальность сведений, полученных в ходе оказания медицинских услуг (врачебную тайну).
   3. Права Пациента/ЗП:
      1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата, расчета стоимости оказываемых услуг.
      2. Выбрать лечащего врача (с учетом его согласия).
      3. Получать медицинские услуги в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.
      4. Получать от Исполнителя для ознакомления любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов (если проводились), выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
      5. Требовать проведения консилиумов и консультаций других специалистов.
      6. Отказаться от получения услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.
   4. Обязанности Пациента/ЗП:
      1. Предоставить Исполнителю все документы, необходимые для оказания медицинской услуги.
      2. Сообщить Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, которая необходима для оказания медицинских услуг (в т.ч. аллергические реакции, непереносимость лекарственных средств, результаты обследований и консультаций в других учреждениях, употребление алкоголя, наркотических и психотропных средств(препаратов), наличие или отсутствие наследственных, венерических, психических заболеваний у Пациента и в его семье, ВИЧ-контактов, ВИЧ-инфицирования, туберкулеза, вирусных гепатитов и других заболеваний, представляющих угрозу для жизни и здоровья пациентов и работников Медицинского центра). При необходимости Пациент обязуется пройти (повторить) обследование (ВИЧ, сифилис, гепатит).
      3. Точно выполнять все требования и назначения врача, следовать рекомендациям, своевременно сообщать об изменении самочувствия в ходе лечения и нарушениях в схемах лечения.
      4. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения в Медицинском центре, в том числе проявлять уважение к медицинскому и административно-хозяйственному персоналу Медицинского центра.
      5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения вреда возмещать ущерб в соответствии с законодательством РФ.
      6. Оплатить оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных разделом 3 настоящего договора.
2. **Стоимость услуги и порядок оплаты**
   1. Стоимость медицинских услуг по заявленным Пациентом/ЗП позициям определяется исходя из Прейскуранта цен Исполнителя, действующего на момент предоставления услуг.
   2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом/ЗП в порядке 100% предоплаты до получения Пациентом/ЗП услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
   3. В случае невозможности оказания услуги по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не несет ответственности, а также в случае отказа Исполнителя от исполнения договора в порядке, предусмотренном п. 2.1.4. настоящего договора, услуга подлежит оплате Пациентом/ЗП в размере фактически понесенных Исполнителем расходов.
3. **Ответственность Сторон**
   1. Стороны несут ответственность в случаях, предусмотренных настоящим договором и действующим законодательством РФ.
   2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы.
   3. Исполнитель не несет ответственность за последствия, возникшие в результате неисполнения Пациентом/ЗП обязанностей, предусмотренных п.п. 2.4.1., 2.4.2., 2.4.3. настоящего договора.
   4. Исполнитель не несет ответственности за последствия (вред здоровью), связанные с биологическими особенностями организма, побочными эффектами и осложнениями, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований.
4. **Заключительные положения**
   1. Все разногласия, возникающие в ходе оказания услуги, стороны разрешают путем переговоров. При не достижении согласия спор разрешается в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.
   2. Основания для расторжения настоящего договора определяются настоящим договором и действующим законодательством.
   3. Во всем, что не урегулировано настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.
   4. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, - по одному для каждой из сторон. Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до исполнения Сторонами всех обязательств.
   5. Стороны пришли к соглашению о возможности использования факсимильной подписи директора ООО «ЛораВита» при подписании договора.

С Прейскурантом, Правилами внутреннего распорядка Медицинского центра, п.п. 2.1.1., 2.4.5. настоящего Договора ознакомлен(а) и согласен(на): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Пациент/Законный представитель**  **(нужное подчеркнуть)** |
| ООО «ЛораВита»  Юридический адрес: 454084, г. Челябинск, пр. Победы. 147 – 64  Фактический адрес: 454031, г. Челябинск, ул. 50 лет ВЛКСМ, 14/А  ИНН/КПП 7447221620 / 744701001  ОГРН 1137447002604  ОКПО 09801575  Р/сч 40702810390000017481  в ОАО «Челябинвестбанк»  БИК 047501779  К/сч 30101810400000000779  Тел: (351) 751-22-80  e-mail: [info@loravita.ru](mailto:info@loravita.ru)  сайт: [www.loravita.ru](http://www.loravita.ru) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Адрес проживания)  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Г.Б. Голиков  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |