**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-74-01-004892 от «28» декабря 2018 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 (Далее – Пациент/ЗП), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **Предмет договора**
   1. Пациент/ЗП поручает, а Исполнитель обязуется оказать на возмездной основе медицинские услуги по проведению операции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Пациенту/ЗП, а Пациент/ЗП обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное оказание услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.
2. **Права и обязанности сторон**
   1. Права Исполнителя:
      1. Определять длительность проводимой операции и послеоперационного периода, 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 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. Оказание медицинской услуги подтверждается выписным эпикризом.
      2. Провести операцию в срок не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента подписания настоящего договора при условии полной оплаты услуги.
      3. Предоставить Пациенту/ЗП бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых медицинских услугах.
      4. Соблюдать санитарно-гигиенический порядок.
      5. При выполнении операции и послеоперационном ведении Пациента Исполнитель обязан применять и использовать все имеющиеся у него возможности для скорейшей реабилитации Пациента, используя препараты, оборудование и медикаменты, имеющие сертификацию.
      6. Хранить информацию о Пациенте/ЗП в течение сроков, установленных законодательством РФ - 5 лет.
      7. 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.
      8. Соблюдать конфиденциальность сведений, полученных в ходе оказания медицинских услуг (врачебную тайну).
      9. При отсутствии обстоятельств, препятствующих началу оказания медицинских услуг, приступить к оказанию этих услуг в сроки, согласованные с Пациентом/ЗП.
   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.
      7. Предъявить требования, связанные с недостатками по предоставленной медицинской услуге в пределах шести месяцев со дня проведения операции.
   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. перенесенные им заболевания, 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, выполнять рекомендации и назначения врачей, не нарушать послеоперационный режим, посещать перевязки и осмотры в установленное время, своевременно информировать врача о возникших отклонениях от нормального течения послеоперационного периода.
      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.
3. **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. В случае назначения повторного дня операции, Исполнитель обязан оплатить повторно понесенные Исполнителем расходы для подготовки к операции.
4. **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 неудовлетворительный косметический результат операции при обнаружении в ее ходе врожденных или приобретенных изменений, которые не могли быть диагностированы доступным для Исполнителя способом до проведения операции.
   5. 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.
5. **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 факсимиле 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** |
| ООО «ЛораВита»  Юридический адрес: 454084, г. Челябинск, пр. Победы. 147 – 64  Фактический адрес: 454031, г. Челябинск, ул. 50летия ВЛКСМ, 14/А  ИНН/КПП 7447221620 / 744701001  ОГРН 1137447002604  ОКПО 09801575  Р/сч 40702810938180000329  в ФИЛИАЛЕ "ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"  БИК 046577964  К/сч 30101810100000000964  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)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Адрес проживания)  Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / Г.Б. Голиков  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |