**Уведомление**

ООО «Мида» уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

«2» апреля 2021 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Договор №**

**на оказание платных медицинских услуг**

г. Новороссийск «2» апреля 2021 года

Общество с ограниченной ответственностью «Мида», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора Серебренниковой Марии Валерьевны, действующего на основании Доверенности № 23АА9604919 с одной стороны,

и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ФИО Потребителя

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

1.1 По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель обязуется оплатить стоимость предоставленных ему медицинских услуг. Перечень медицинских услуг указывается в Перечне платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору), являющемуся его неотъемлемой часть.

1.2. Стоимость платных медицинских услуг и дополнительных немедицинских услуг указана в Прейскуранте (Прайсе), утвержденном директором ООО «Мида».

**2. Порядок расчетов**

2.1. Стороны согласны, что оплата медицинских услуг производится путем 100% предоплаты стоимости оказываемой услуги по Прейскуранту (Прайсу) Исполнителя, действующему на день оплаты услуг, указанной в п.1.1., путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт международных платежных систем с выдачей Потребителю документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции).

2.2. При возникновении необходимости, выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту.

**3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

3.1. Исполнитель оказывает услуги Потребителю в помещении Исполнителя, расположенного по адресу: 353907, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Анапское ш., д.39Г, пом. 111-117 в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя путем размещения информации на сайте Исполнителя и/или на информационных стендах, расположенных в помещении Исполнителя. Услуги могут быть оказаны вне помещения Исполнителя при соблюдении всех привил и норм при организации выездного забора биоматериала

3.2. Услуги по настоящему договору оказываются в порядке предварительной записи Потребителя на прием к специалистам Исполнителя. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос приема Потребителя

3.3. Срок оказание платных услуг определяется датой обращения Потребителя к Исполнителю, и оказываются в день и время записи Потребителя для получения этих услуг, при условии его явки.

3.4. Медицинские услуги оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи с учетом организационно-технических возможностей Исполнителя.

3.5. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и клинические рекомендации, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.6. Потребитель уведомлен о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются исключительно при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

**4. Права и обязанности сторон.**

**4. Права и обязанности Сторон**

4.1. **Потребитель имеет право:**

4.1.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

4.1.2. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемых медицинских услугах, своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии его здоровья.

4.1.3.Отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг, при этом потребитель оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2. **Потребитель обязуется:**

4.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.2. Информировать Исполнителя (врача, медицинского работника) о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначенный врачом план обследования и лечения;

4.2.3. Соблюдать правила поведения медицинской организации, внутренний режим нахождения на территории Исполнителя, режим работы медицинской организации;

4.2.4. Выполнять все предписания, назначения и рекомендации медицинских работников Исполнителя.

4.3. **Исполнитель обязан:**

4.3.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативно-правовыми актами РФ.

4.3.2.Своеврменно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

4.3.3. Соблюдать порядок и правила оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

4.4. **Исполнитель имеет право**:

4.4.1. Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

4.4.2. Требовать от Потребителя соблюдение графика прохождения процедур, врачебных назначений.

**5. Сведения об исполнителе.**

5.1 Наименование Исполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Мида» (ООО «Мида»).

Юридический адрес: 353907, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Анапское ш., д.39Г, пом. 111-117. Тел: 8 (928) 257-00-01

5.2. Сведения об Обществе с ограниченной ответственностью «Мида» внесены в ЕГРЮЛ 12.08.2019 МИФНС № 16 по Краснодарскому краю, ОГРН 1192375057786, ИНН 2312285323, КПП 231501001.

5.3. Лицензия ЛО-23-01-014686 от 30.07.2020 г. на осуществление медицинской деятельности: 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: сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неотложной медицинской помощи, педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологи (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), ультразвуковой диагностике. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

5.4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Краснодарского края. Адрес местонахождения лицензирующего органа: 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276. Телефон лицензирующего органа: 8(861) 992-53-68.

**6. Ответственность сторон.**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии законодательством Российской Федерации.

**7. Форс-мажор.**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно: пожара, наводнения, землетрясения, войны, эпидемии, пандемии, запрета по решению органов государственной власти на оказание медицинских услуг при обстоятельствах, создающих опасность жизни и здоровья граждан, и, если эти обстоятельства непосредственно повлияли на исполнение настоящего Договора. При этом срок выполнения обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства и их последствия.

7.2. Сторона, для которой создалась невозможность выполнения обязательств по Договору, обязана о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств немедленно известить другую сторону. Несвоевременное извещение об обстоятельствах непреодолимой силы лишает соответствующую сторону права ссылаться на них в будущем.

**8. Конфиденциальность**

8.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении (врачебной тайне).

8.2. С письменного согласия Потребителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения Потребителя.

**9. Срок действия договора**

9.1. Настоящий Договор вступает с силу с момента его подписания и действует в течение до полного исполнения сторонами своих обязательств.

**10. Порядок изменения и расторжения договора.**

 10.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

10.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

10.3. Споры, возникшие между Исполнителем и Потребителем, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

**12. Адреса, реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  ООО «Мида»  ИНН 2304052861 КПП 230401001  ОГРН 1082304001438Юридический адрес: 353485, Краснодарский край, Геленджик г, Архипо-Осиповка с, Ленина ул, дом 84, 5,  Тел. 8 (928) 257-00-01  р/с 40702810500460000112  БИК 040349722  в КБ "КУБАНЬ КРЕДИТ" ООО  Медицинский регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись | Потребитель:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон, e-mail  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись |

С Правилами оказании платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка в ООО «Мида», Прайсом (прейскурантом) ознакомлен(а).

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)