

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Заказчика 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 Заказчика.

\_\_\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

**Договор \_\_\_\_\_  
о предоставлении платных амбулаторных услуг**

**г. Нижний Новгород** \_\_\_\_\_

ФГБОУ ВО "ПИМУ" Минздрава России, лицензия Л041-00110-52/00553547 от 06.04.2020 выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", сроком действия «бессрочно», в лице администратора \_\_\_\_\_, действующей(ий) на основании доверенность \_\_\_\_\_, с одной стороны, \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", \_\_\_\_\_, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года, проживающий по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Настоящий Договор определяет условия оказания платных медицинских услуг согласно действующему прейскуранту цен на медицинские услуги, оказываемые на платной основе. Исполнитель обязуется оказать Пациенту платную медицинскую услугу по лечению заболевания \_\_\_\_\_, а Заказчик обязуется оплатить лечение в полном объеме, согласно реестру:

Наименование услуги	Цена	Кол-	Скидка %	Сумма
<b>ИТОГО:</b>				

Стоимость оказанных услуг составляет \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать медицинские услуги, указанные в п. 1.1., по профилю своей деятельности в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность.

2.1.2. После оказания медицинских услуг по требованию Пациента выдавать всю необходимую медицинскую документацию установленного образца.

2.1.3. Информировать Пациента о возможных осложнениях применяемых методов диагностики и лечения.

2.1.4. Ознакомить Пациента с подробной информацией об оказываемых медицинских услугах, о методах оказания услуг, связанных с ними риском, возможных видах медицинских вмешательств, их последствий и ожидаемых результатов оказываемых медицинских услуг.

2.1.5. Обеспечить режим конфиденциальности при обращении Пациента за медицинскими услугами в соответствии с законодательством о врачебной тайне.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Определять объем и характер необходимых диагностических и других видов обследования, консультаций специалистов.

2.2.2. Самостоятельно определять график консультаций и процедур, график работы специалистов. Внесение изменений в график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий заключенного сторонами договора.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Соблюдать условия оплаты оказанных медицинских услуг.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. В случае отказа Пациента от получения медицинских услуг, на возвращение уплаченной суммы на основании личного заявления, за исключением расходов, понесенных Исполнителем.

2.5. Пациент обязуется:

2.5.1. Информировать Исполнителя при оказании услуги о перенесенных заболеваниях, имеющихся аллергических реакциях, противопоказаниях, особенностях организма, способных повлиять на результат оказываемой услуги.

2.5.2. Выполнять в полном объеме назначения и рекомендации Исполнителя в процессе оказания медицинских услуг и после завершения оказания медицинских услуг.

2.5.3. Соблюдать Правила внутреннего распорядка, утвержденные Исполнителем

2.6. Пациент имеет право:

2.6.1. На получение полной информации об оказываемой услуге.

2.6.2. На возмещение вреда в случае оказания ненадлежащей медицинской услуги.

### **3. Стоимость и порядок оплаты**

3.1. Стоимость услуги, указанной в п.1.1. настоящего Договора определяется в соответствии с действующим на момент заключения настоящего Договора Прейскурантом "Исполнителя".

3.2. Оплата медицинской услуги производится путем внесения предоплаты в размере 100% в безналичном порядке на расчетный счет Исполнителя или наличными средствами в кассу Исполнителя, или банковской картой через терминал Исполнителя.

3.3. Заказчику выдается документ, подтверждающий оплату оказанных медицинских услуг.

3.4. Результат оказанных услуг, подтверждается Актом оказанных услуг, который выдается Заказчику.

### **4. Информация о предоставляемой медицинской услуге**

4.1. Условие предоставления медицинских услуг: амбулаторно.

4.2. Перед оказанием медицинской услуги лечащий врач устанавливает отсутствие противопоказаний. Медицинская услуга не оказывается, если у Пациента имеются противопоказания. В этом случае оплаченные Заказчиком денежные средства подлежат возврату.

4.3. С учетом самой технологии выполнения медицинской услуги, Пациент должен знать и осознавать вероятность (но не обязательность) вредных (побочных) эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью Пациента.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если медицинская услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований: порядков и стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций.

4.5. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах

медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи содержится в информированном добровольном согласии, подписываемом Пациентом отдельно.

4.6. Заказчик (Пациент) подтверждает, что ознакомлен с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления.

4.7. Заказчик (Пациент) подтверждает, что 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.

4.8. Сроки ожидания (оказания) медицинских услуг \_\_\_\_\_ (текущая дата).

4.9. В случае неоказания медицинской услуги возврат денежных средств осуществляется в безналичном порядке на счет Заказчика.

## **5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. В случае ненадлежащего оказания медицинской услуги Пациент вправе по своему выбору:

назначить новый срок оказания услуги;

потребовать оказания услуги другим специалистом;

потребовать безвозмездного устранения недостатков оказанной услуги;

потребовать возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков оказанной услуги в других медицинских учреждениях (при их документальном подтверждении).

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору, если докажет, что это произошло вследствие непреодолимой силы, нарушения Пациентом своих обязательств или по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесенные затраты на оказание услуги, если Исполнитель не смог оказать услугу или был вынужден прекратить ее оказание по вине Пациента.

## **6. Порядок расторжения Договора**

6.1. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон.

## **7. Прочие условия**

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

7.2. Споры и разногласия решаются путем переговоров или в судебном порядке.

7.3. Настоящий Договор составлен в 2х экземплярах, имеющих юридическую силу.

7.3. Исполнителем после исполнения договора об оказании платных медицинских услуг выдаются Заказчику, Пациенту (представителю) по заявлению копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно, в сроки, установленные Приказом Минздрава России от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

7.4. Обращения (жалобы) Заказчик, Пациент может направить на почтовые адреса Исполнителя:

603950, БОКС-470, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1;

603155 Россия, Н. Новгород, Верхне-Волжская набережная, 18/1;

на электронную почту: [kanc@pimunn.net](mailto:kanc@pimunn.net), [uniclinic@pimunn.net](mailto:uniclinic@pimunn.net) или лично путем обращения через отдел документационного обеспечения Исполнителя.

## **8. Подписи и реквизиты сторон**

Исполнитель	Заказчик	Пациент
<p>ФГБОУ ВО "ПИМУ"  Минздрава России  ИНН 5260037940 ОГРН  1025203045482  УФК по Нижегородской  области (ФГБОУ ВО  "Приволжский  исследовательский  медицинский университет"  Минздрава России л/с  20326Х43770)  л/с 40102810745370000024  КПП 526001001 р/с  03214643000000013200  в Волго-Вятское ГУ БАНКА  РОССИИ \ \ УФК по  Нижегородской области  г.Нижний Новгород  БИК 012202102 ОКПО  01963025  обл Нижегородская г Нижний  Новгород пл Минина и  Пожарского д. 10/1  <a href="https://pimunn.ru/">https://pimunn.ru/</a>  <a href="mailto:kanc@pimunn.net">kanc@pimunn.net</a>  т.8(831)422-12-50</p>	<p>ФАМИЛИЯ _____ ИМЯ _____  ОТЧЕСТВО _____  _____  _____  Паспорт: серия ____ № _____, выдан _____  «__» _____ года,  Адрес проживания: _____  Телефон: _____  _____  Адрес _____ электронной _____  почты: _____</p>	<p>ФАМИЛИЯ _____ ИМЯ _____  ОТЧЕСТВО _____  _____  _____  Паспорт: серия ____ № _____, выдан _____  «__» _____ года,  Адрес проживания: _____  Телефон: _____  _____  Адрес _____ электронной _____  почты: _____</p>