



сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать Исполнителю о любых изменениях самочувствия.

2.2.5. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

2.2.9. Соблюдать внутренний режим Исполнителя.

### **3. Цена и порядок оплаты услуг**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, согласно п. 1.3. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных медицинских услуг, и составляет \_\_\_\_\_ рублей.

3.2. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных медицинских услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

Без согласия Потребителя (Заказчика), Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору.

3.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем (Заказчиком) до начала их оказания (*наличными денежными средствами*) в кассе Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Потребителю (Заказчику) после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

### **4. Ответственность сторон**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. В случае неисполнения и (или) ненадлежащего исполнения Заказчиком обязанностей, возложенных на него настоящим договором, все риски наступления связанных с таким неисполнением неблагоприятных последствий переходят непосредственно на Заказчика.

### **5. Порядок изменения и расторжения Договора**

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, не предусмотренные настоящим Договором, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору оформляются в письменном виде и подписываются Сторонами

5.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от исполнения договора, письменно уведомив об этом Исполнителя. Исполнитель при этом удерживает денежные средства, исходя из объема фактически оказанных услуг.

5.3. Основанием для изменения и расторжения договора является существенное изменение обстоятельств, из которых стороны исходили при заключении договора. Изменение обстоятельств признается существенным, когда они изменились настолько, что, если бы стороны могли это предвидеть, договор вообще не был бы ими заключен или был заключен на значительно отличающихся условиях; изменение и расторжение договора может производиться и по другим основаниям, предусмотренным законодательством или указанным в самом договоре.

5.4. Требование об изменении или расторжении договора может быть заявлено стороной в суд только после получения отказа другой стороны на предложение изменить или расторгнуть договор либо неполучения ответа в тридцатидневный срок.

## 6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда по месту нахождения Исполнителя.

6.3. Потребитель (Заказчик) с порядком и условиями оказания медицинских услуг и оплаты ознакомлен и согласен.

6.4. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до его фактического исполнения.

6.5. В соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, Потребитель (Заказчик) дает согласие на обработку своих персональных данных (в т.ч. Ф.И.О., дата и место рождения, адрес, паспортные данные), т.е. на совершение действий, предусмотренных Федеральным законом «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ. Согласие вступает в силу со дня подписания настоящего договора действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано Потребителем (Заказчиком) в любое время на основании моего письменного заявления.

## 7. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

**Исполнитель**

ООО «Центр Кстово»

**Потребитель (Заказчик)**

ФИО \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Год и место рождения \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Адрес места  
жительства \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Документы, удостоверяющие личность

\_\_\_\_\_

Телефон

\_\_\_\_\_

Директор

\_\_\_\_\_

Потребитель

\_\_\_\_\_

Информированное согласие  
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_ в рамках договора на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 201 г., желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Центр Кстово» (далее по тексту – Исполнитель), при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

Я выражаю добровольность в получении платных медицинских услуг и даю своё согласие на их получение, и осознаю, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других учреждениях, на других условиях.

Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение.

Мне разъяснено, что я могу получить, один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.

Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен (на) исполнять все назначения, рекомендации и советы Исполнителя.

Я подтверждаю, что при подписания настоящего информированного согласия меня уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) представителей Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на моем состоянии здоровья.

Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом, и я даю свое согласие на их оплату.

Я подтверждаю, что даю свое согласие на обработку Исполнителем моих персональных данных, ставших ему известных, при подписании настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения от представителей Исполнителя понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к Договору на оказание платных медицинских услуг.

Потребитель: \_\_\_\_\_

Паспорт: № \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись

«\_\_» \_\_\_\_\_ 201 г.