До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. С территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ознакомлен. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор на оказание платных медицинских услуг №**

Москва « \_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.

**Пациент** (Потребитель)

(Ф.И.О. физического лица)

« \_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ года, К.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержание персональные данные и медицинскую тайну Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и **Индивидуальный предприниматель Петровская Анастасия Юрьевна**, адрес регистрации: 143401 г. Красногорск, б-р Павшинский, д.16, кв.52, адрес места осуществления медицинской деятельности: индекс 125480 г. Москва, ул. Вилиса Лациса, дом 5 кор.1, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет": <https://petrovskayaempat.ru>, зарегистрирован Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №23 по Московской области 20.07.2017 г., ОГРНИП 317502400041408, ИНН 761021887801, действующего на основании лицензии № Л041-01137-77/00578459 от 29.05.2020г., выдана Департаментом Здравоохранения города Москвы (адрес: г. Москва, Оружейный переулок, д.43, почтовый индекс: 127006, телефон +7 (499) 251-15-25), сроком действия - «бессрочно», ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: https://roszdravnadzor.gov.ru/servises/licenses, на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по психотерапии, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора.

1.1.Исполнитель обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги, в соответствии с действующим на момент оказания услуг Прейскурантом, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг, а также выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг, включая сообщение необходимой для оказания Услуг информации, а также соблюдение рекомендаций врача.

1.2.Перечень, стоимость у и сроки их предоставления Пациенту, оговариваются в соответствии с действующим Прейскурантом, установленным Исполнителем, и указываются в Приложениях к настоящему Договору. По медицинским показаниям и/или с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные Услуги, стоимость которых согласовывается Исполнителем с Пациентом или его представителем дополнительно. Действующий Прейскурант Исполнителя является публичным документом и размещается на сайте в сети Интернет по адресу: <https://petrovskayaempat.ru>.

1.3.Режим работы Исполнителя: С понедельника по четверг с 10.00 до 21.30; в субботу и воскресенье с 11.00 до 21.00

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1 Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и возможностей Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.2. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

2.3. Перечень, стоимость и сроки платных медицинских услуг указываются в плане лечения, являющимся приложением к настоящему Договору. Согласие Пациента на оказание дополнительных услуг за плату и изменение плана лечения оформляется в письменной форме в виде приложения к настоящему Договору.

3. Права и обязанности сторон

3.1 Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством РФ, а также условиям Договора.

3.1.2. Ознакомить Пациента в письменном виде с подробной информацией о предоставляемых медицинских услугах по плану лечения, перечнем, стоимостью, сроками оказания услуг до начала их оказания.

3.1.3.Информировать Пациента в доступной для него форме о применяемых к Пациенту методах обследования и процедурах, о характере возможного развития осложнений.

3.1.4. Соблюдать правила медицинской этики во взаимоотношениях с Пациентом, конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия, здоровья Пациента и иных сведений, полученных Исполнителем при оказании Услуг Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3.2 Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья; соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров, выполнять условия гарантии на овеществленные результаты оказанных медицинских услуг.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, планы лечения, акты приемки-сдачи оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему договору. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Явиться в клинику за 10 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учрежде­ний, уведомлять и фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг, на гарантийные обязательства, или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг (за исключением получения экстренной медицинской помощи).

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или авансом.

3.2.8. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.2.9. Соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинской организации.

3.3 Исполнитель имеет право:

3.3.1. Направлять Пациента с его согласия в другие медицинские организации или привлекать для консультаций и лечения внешних специалистов для оказания согласованных письменно с Пациентом дополнительных медицинских услуг, которые осуществляются за отдельную плату.

3.3.2. Установить гарантийные обязательства и сроки службы на оказанные услуги индивидуально в соответствии с Приложениями к настоящему Договору, указывать их в плане лечения, акте выполненных услуг, гарантийном талоне, иных документах.

3.3.3. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

3.3.4. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.4 Пациент имеет право:

3.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных пре­паратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.4.2. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам ст.70 Закона 323-ФЗ.

3.4.3. Получать выписки или копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством РФ.

3.4.4. Направить обращение (жалобу) в органы государственной власти и/или Исполнителю одним из следующих способов:

* направление обращения (жалобы) Роспотребнадзор: посредством заполнения формы заявления на сайте https://www.rospotrebnadzor.ru, либо посредством направления на почтовый адрес: Вадковский переулок дом 18, строение 5 и 7, г. Москва, 127994;
* направление обращения (жалобы) Росздравнадзор: посредством заполнения формы заявления на сайте <https://roszdravnadzor.gov.ru>, либо посредством направления на почтовый адрес: [Славянская площадь, 4, стр. 1](https://yandex.ru/profile/115653211496), Москва, 109074;
* направление обращения (жалобы) Исполнителю: посредством направления на почтовый адрес, указанный в разделе 10 Договора, на электронную почту, указанную в разделе 10 Договора, непосредственно Исполнителю.

4. Порядок оплаты медицинских услуг.

4.1 Пациент обязан оплатить оказанную Исполнителем услугу в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором, с учетом положений [статей 16.1](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/1601) и [37](http://ivo.garant.ru/#/document/10106035/entry/37) Закона "О защите прав потребителей". Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Пациент производит оплату медицинских услуг по прайсу Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Пациенту наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно.

5. Ответственность сторон

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

5.2.Исполнитель несет ответственность перед Пациентом только за умышленные виновные действия персонала.

5.3.Исполнитель освобождается от ответственности перед Пациентом в следующих случаях:

5.3.1.При нарушении Пациентом условий настоящего Договора, в том числе при возникновении осложнений из-за невыполнения Пациентом рекомендаций, предписаний или назначений врача или при несвоевременном извещении Исполнителя о возникших осложнениях.

5.3.2.При возникновении аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.

5.3.3.При отказе Пациента от медицинских вмешательств, рекомендованных Исполнителем.

5.3.4.При не явке Пациента на контрольный осмотр. В этом случае, в медицинской документации Пациента врачом делается запись о не явке на прием со стороны Пациента и отсутствии жалоб, претензий.

5.4.В случае неявки Пациента на контрольный осмотр или при обращении Пациента в другое лечебное учреждение Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата от процедур.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Обращения (жалобы) Пациент может направить на почтовый адрес: 125480,г. Москва, ул. Вилиса Лациса, дом 5 кор.1, или лично путем обращения.

6.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.

6.3. Предварительный претензионный порядок урегулирования споров обязателен. Претензии предъявляются в письменной форме. Исполнитель не принимает к рассмотрению претензии, в основе которых лежат заключения, выданные специалистами иных частных клиник.

7. Прочие условия

7.1.Основаниями для предоставления пациенту либо его законному представителю медицинских документов (их копий) и выписок из них является поступление Исполнителю от пациента либо его законного представителя письменного запроса о предоставлении медицинской документации для ознакомления (далее - письменный запрос), который должен содержать следующие сведения:

1) сведения о пациенте:

а) фамилия, имя, отчество (при наличии);

б) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента;

в) адрес места жительства (места пребывания);

г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии);

2) в случае обращения от имени пациента его законного представителя - сведения о законном представителе, указанные в [подпункте 1](#Par12) настоящего пункта;

3) наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить, и период, за который он намерен их получить;

4) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (для получения медицинских документов (их копий) или выписок из них на бумажном носителе - при личном обращении или по почте.

5) дату подачи запроса и подпись пациента либо его законного представителя (для письменного запроса).

7.2. В случае направления запроса пациентом либо его законным представителем о предоставлении оригинала медицинской карты пациента, пациенту либо его законному представителю предоставляется их копия или выписка из них, за исключением случаев формирования указанных медицинских документов в форме электронных документов.

7.3.При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

7.4. В случае выбора способа получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них по почте соответствующие медицинские документы (их копии) или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

7.5.В случае отсутствия в запросе сведений и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом пациента либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в организации запроса.

7.6.Предоставление пациенту либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра.

7.7. Максимальный срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них не должен превышать 30 дней с момента регистрации запроса Исполнителем.

7.8. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.9. Исполнителем после исполнения договора об оказании платных медицинских услуг выдаются Пациенту (законному представителю) 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 нормативными правовыми актами Минздрава России.

7.10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

8. Срок действия, изменение и расторжение Договора.

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год. Количество пролонгаций не ограничено.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

8.3. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также по письменному требованию одной из сторон на основании, предусмотренных и законодательством Российской Федерации.

9. Реквизиты сторон:

«Исполнитель» «Пациент»

|  |  |
| --- | --- |
| Индивидуальный предприниматель  Петровская Анастасия Юрьевна  адрес регистрации: 143401 г. Красногорск, б-р Павшинский, д.16, кв.52,  адрес места осуществления медицинской деятельности: индекс 125480 г. Москва, ул. Вилиса Лациса, дом 5 кор.1,  ОГРНИП 317502400041408, ИНН 761021887801  Р/с 40 80 28 10 40 24 10 00 10 79  В банке АО «АЛЬФА-БАНК».  e-mail:  **Индивидуальный предприниматель**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.Ю. Петровская** | (Ф.И.О. полностью)  Паспортные данные (серия, номер, кем, когда выдан):  Выдан:  Дата выдачи:    Адрес регистрации:  Адрес фактического места жительства:  Конт. номер телефона:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |