**УВЕДОМЛЕНИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ (ЗАКАЗЧИКА)**

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (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 Потребителя.

С данным уведомлением ознакомлен ДАТА Потребитель (Заказчик): ФИО **V**

(подпись)

# Договор №

**на оказание платных медицинских услуг**

**г. Хабаровск «\_»\_\_20\_\_г.**

КГБУЗ КДЦ «Вивея», именуемое в дальнейшем "Исполнитель", действующее на основании свидетельства о внесении записи в ЕГРЮЛ «07» декабря 2011 года серия 27 № 002057661, выданного ИФНС по Центральному району г. Хабаровска и лицензии на медицинскую деятельность Л041-01189-27/00333856 от 21.08.2019 (срок действия - бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края (г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского,32. Тел. (4212) 40-23-22), в лице ФИО , действующей на основании ДОКУМЕНТ, с одной стороны и **ФИО**, именуемый в дальнейшем "Заказчик", за **ФИО** (далее - Потребитель), с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

## Предмет договора

* 1. По настоящему договору Исполнитель обязуется за плату предоставить Заказчику (Потребителю) по его желанию с учетом медицинских показаний, в соответствии с утвержденным Исполнителем Перечнем платных услуг и тарифов, услуги по оказанию медицинской помощи (комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг) (далее – медицинские услуги).
  2. Заказчик (Потребитель) обязуется оплатить медицинские услуги на условиях настоящего договора и дополнительных соглашений к нему.

## Условия, сроки и порядок предоставления медицинских услуг

* 1. Исполнитель оказывает за плату медицинские услуги в соответствии с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией (перечень прилагается).
  2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по предварительной записи Потребителя, по предъявлении Потребителем документа удостоверяющего личность. Заключения по результатам исследований выдаются Потребителю по предъявлении документа удостоверяющего личность.
  3. Исполнитель обязуется оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги в течение 30 календарных дней с момента оплаты Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг.
  4. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов, установленным Исполнителем.
  5. Платные медицинские услуги могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
  6. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).
  7. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.
  8. Исполнитель предоставляет Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья.

## Права и обязанности сторон

* 1. **Исполнитель обязуется:**
     1. Предоставлять платные медицинские услуги с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.
     2. Предупреждать Заказчика (Потребителя) о возможных осложнениях, возникающих в процессе проведения диагностических и лечебных процедур.
     3. Передавать информацию, отражающую состояние здоровья Потребителя после получения платных медицинских услуг в электронном сервисе "Личный кабинет", расположенного по адресу: https://personal.viveya.medkhv.ru.
     4. При наличии согласия Потребителя передавать ему информацию о записи на прием и (или) готовности результатов исследований и иную информацию посредством СМС - сообщений.

## Исполнитель имеет право:

* + 1. Определять объем и характер видов исследования.
    2. Привлекать к исполнению настоящего договора специалистов иных медицинских учреждений.
    3. Не возвращать уплаченную Заказчиком (Потребителем) сумму при невозможности оказания медицинской услуги по вине Потребителя.

## Заказчик (Потребитель) обязуется:

* + 1. Производить предварительную оплату услуг Исполнителя в соответствии с настоящим договором. Оплачивать фактически оказанные услуги Исполнителю.
    2. Давать письменное информированное согласие на медицинские вмешательства или письменный информированный отказ от медицинских вмешательств. Сообщать медицинскому работнику, предоставляющему медицинскую услугу всю необходимую информацию, связанную с его здоровьем, и оказывать содействие надлежащему исполнению договора, выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской услуги, соблюдать указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях.
    3. Заботиться о сохранении своего здоровья.

Заказчик (Потребитель) имеет права, установленные законом о защите прав потребителей и законодательством об охране здоровья граждан. Имеет право получать информацию, в рамках настоящего договора, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

## Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

* 1. Стоимость медицинских услуг указана в «Перечне платных услуг и тарифов», размещенном для свободного ознакомления Заказчика (Потребителя) в регистратурах, кассах и сайте Исполнителя. Оплата медицинских услуг производится на условиях предоплаты наличным или безналичным способом.

## Ответственность сторон

* 1. Исполнитель не несет ответственность за наступление осложнений, возникших вследствие индивидуальных особенностей организма пациента или несоблюдения им режима лечения и/или рекомендаций медицинского работника, если медицинская услуга оказана с соблюдением утвержденных стандартов лечения.

## Срок действия, порядок изменения и расторжения договора

* 1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения/подписания Сторонами. Срок действия договора – бессрочно.
  2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## Прочие условия.

* 1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком (Потребителем), спор между Сторонами рассматривается, в досудебном порядке, согласительной комиссией с привлечением, при необходимости, независимых экспертов.
  2. Правила предоставления платных медицинских услуг, утвержденные Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736, в наглядной и доступной форме доведены до сведения Заказчика (Потребителя). Указанные правила размещены на стендах, в регистратурах и в кассах Исполнителя.
  3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена в доступной форме информация 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 в порядке, установленном законодательством.
  4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны.

## Адреса и подписи сторон

**ИСПОЛНИТЕЛЬ ЗАКАЗЧИК**

КГБУЗ КДЦ Вивея

ИНН 2702015153 КПП 272101001 ОГРН 1022700914610

Россия, 680000, Хабаровский край, г.Хабаровск, ул. Запарина, д.83, тел.: 454-111

ФИО: ФИО

Aдрес: АДРЕС тел. ТЕЛЕФОН

Паспорт: ПАСПОРТ

(ФИО) **V**

подпись подпись

ДАТА

М.П.

Я, **ФИО**, даю свое согласие на получение информации о записи на прием и (или) готовности результатов исследований и иную информацию посредством СМС - сообщений на номер указанного мною телефона:

**8 ( )**

**V**

подпись

ДАТА

**Согласие Заказчика**

**на получение платных медицинских услуг**

Я, **ФИО**, информирован/а об альтернативе бесплатного получения медицинских услуг, входящих в Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Хабаровского края бесплатной медицинской помощи, в установленном порядке. Настоящим выражаю свое волеизъявление на получение медицинских/ой услуг/и платно, в соответствии с заключенным Договором «на оказание платных медицинских услуг»

ФИО: ФИО

Aдрес: АДРЕС тел. ТЕЛЕФОН

Паспорт: ПАСПОРТ

**V**

подпись

ДАТА