

Уведомление Заказчика

Общество с ограниченной ответственностью «Бэл-Ар МЕД» (ООО «Бэл-Ар МЕД») уведомляет Вас о том, что:

1. Гражданин имеет право на получение соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Территориальная программа).

Программа и Территориальная программа, а также перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы на территории г.о. Домодедово указаны **на информационном стенде в Клинике.**

2. Информация о платных медицинских услугах, содержащая сведения о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи; информация о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации; перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости в **доступной форме размещены на информационном стенде в Клинике и на сайте «belarmed.ru».**

3. Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги **размещены** в виде ссылок на "Официальный интернет-портал правовой информации" (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, **на информационном стенде в Клинике и на сайте «belarmed.ru».**

4. Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО «Бэл-Ар МЕД» и Правила оказания платных медицинских услуг в ООО «Бэл-Ар МЕД» размещены **на информационном стенде в Клинике и на сайте «belarmed.ru».**

С уведомлением ознакомлен(а) _____ / ФИО

Подпись

ДОГОВОР № _____

об оказании платных медицинских услуг несовершеннолетним (до 15 лет)

г. Домодедово

ДАТА

Общество с ограниченной ответственностью «Бэл-Ар МЕД», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01162-50/00351536 от 03.12.2020, выданной Министерством здравоохранения Московской области (действующей бессрочно), именуемое в дальнейшем «Клиника/Исполнитель», в лице администратора ФИО, действующей на основании доверенности № _____ от _____ г., с одной стороны и гражданин (ка) ФИО, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) в интересах и **являясь законным представителем** несовершеннолетнего(ней) ФИО ДАТА г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель/Пациент» с другой стороны, а вместе, именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим Договором Клиника, на основании обращения Заказчика, обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги (далее - Услуги/медицинские услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг, в порядке и сроки, установленные Договором.

1.2. Перечень (наименование и стоимость) Услуг, предоставляемых Клиникой Пациенту, определяется на основании утвержденного администрацией Клиники Прейскуранта на дату предоставления Услуг. Перечень Услуг, предоставляемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется Сторонами каждый раз по запросу Заказчика и в соответствии с медицинскими показаниями/противопоказаниями на момент обращения.

1.3. Общая сумма Договора, определяется совокупной стоимостью оказанных Клиникой и оплаченных Заказчиком Услуг за весь период действия настоящего Договора.

1.4. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг медицинскими организациями.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

2.1. Клиника оказывает Услуги по настоящему Договору по адресу: Московская обл., г.о. Домодедово, г. Домодедово, мкр. Северный, ул. Советская, д.50 помещ.001, в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники.

2.2. Оказание Услуг по настоящему Договору происходит при самостоятельном обращении Заказчика за получением Пациентом Услуг в Клинике в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется по телефону 8(499)110-90-84, 8(967)040-03-03, через регистратуру Клиники при личном обращении, через медицинского работника, непосредственно оказывающего Услуги, либо через сайт belarmed.ru. График работы медицинских работников, участвующих в предоставлении Услуг доводится до сведения Заказчика в момент записи на прием.

2.3. Срок предоставления Услуг: Исполнитель приступает к предоставлению Услуг при явке Пациента в день и время, согласованное Сторонами в порядке предварительной записи на прием.

Предоставление Услуг Пациенту может быть приостановлено и/или скорректировано в следующих случаях:

- при выявлении Исполнителем противопоказаний у Пациента к оказываемой услуге;
- при опоздании Пациента более, чем на 10 минут от согласованного Сторонами времени;
- при объективной невозможности оказания Услуги Исполнителем по причине нетрудоспособности медицинского работника, предоставляющего Услугу или технических неисправностей оборудования (медицинского, компьютерного, электрического и иного);
- возникновение обстоятельств непреодолимой силы у одной из Сторон;

- по личной инициативе Заказчика;
- при возникновении состояния, представляющего угрозу жизни иного Пациента, которому медицинский работник, предоставляющий Услугу, оказывает медицинскую помощь.

2.4. Предоставление Услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия (далее - ИДС) данного законным представителем Пациента, в соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 №323-ФЗ.

2.5. О внесении любых изменений в Прейскурант, Программы медицинского обслуживания, Правила внутреннего распорядка для пациентов ООО «Бэл-Ар МЕД» и Правила оказания платных медицинских услуг в ООО «Бэл-Ар МЕД» (далее – Документы) Исполнитель уведомляет Заказчика путем размещения Документов на своем сайте belarmed.ru и на информационных стойках и/или стендах. Любые изменения, вносимые Исполнителем в Документы, не требуют согласования и заключения Дополнительного соглашения.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата Услуг, производится Заказчиком в рублях в день оказания Услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу и (или) путем перечисления на расчетный счет Исполнителя в размере 100% стоимости Услуг. В отдельных случаях допускается производить оплату поэтапно в процессе лечения, что согласовывается сторонами в дополнительных соглашениях.

3.2. Стоимость и перечень платных медицинских услуг, предоставленных Пациенту в рамках настоящего Договора, указывается (содержится) в кассовом чеке, выдаваемом Заказчику и подтверждающем факт осуществления расчета за предоставленные Исполнителем Услуги.

3.3. Излишне уплаченные Заказчиком суммы в случае отказа от получения Услуг или невозможности их оказания, подлежат возврату или могут быть учтены при последующих расчетах по согласованию сторон. Возврат денежных средств осуществляется на основании письменного заявления Заказчика.

3.4. При оказании Услуг Пациенту, в рамках программы добровольного медицинского страхования (по прямому прикреплению и/или гарантийному письму), оплата оказанных Исполнителем Услуг производится в соответствии с договором, заключенным Страховой компанией Пациента с Исполнителем.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

4.1. Права и обязанности Исполнителя/Клиники:

4.1.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенных на территории Российской Федерации.

4.1.2. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.1.3. Назначить дополнительные исследования, если это необходимо для постановки и уточнения диагноза.

4.1.4. Предоставить законному представителю Пациента/лицу, указанному в ИДС по его просьбе и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья Пациента, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе, о методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, об их последствиях, а также о предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (медицинских противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.1.5. Сохранять врачебную тайну. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

4.1.6. Клиника вправе отказать в оказании Услуг Пациенту, находящемуся в Клинике без сопровождения Заказчика, а также при нарушении Заказчиком условий настоящего Договора.

4.1.7. Привлекать третьих лиц (другие медицинские учреждения или специалистов, с которыми у Исполнителя есть договорные отношения), имеющих соответствующие лицензии на медицинскую деятельность, неся за действия третьих лиц ответственность перед Пациентом.

4.1.8. В одностороннем порядке пересматривать цены на услуги и вводить дополнительные услуги в Прейскурант.

4.1.9. Исполнитель вправе отказать в предварительной записи на прием, если Пациент неоднократно (2 и более раз) нарушает обязанности, определённые п 4.2.4.

4.2. Права и обязанности Заказчика:

4.2.1. Сопровождать Пациента и присутствовать во время оказания услуг, надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Клинику о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком, Пациентом условий настоящего Договора.

4.2.2. При отсутствии у Заказчика (иного законного представителя) возможности сопровождать Пациента на медицинские услуги в рамках настоящего Договора, Пациента может сопровождать лицо, указанное в ИДС, или представитель Заказчика по доверенности. При этом Заказчик несет ответственность за нарушение условий настоящего Договора лицами, сопровождающими Пациента.

4.2.3. Обеспечить соблюдение режима лечения Пациента, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности; ознакомиться, соблюдать и обеспечить соблюдение Пациентом «Правил внутреннего распорядка ООО «Бэл-Ар МЕД».

4.2.4. Бережно относиться к имуществу Клиники и обеспечить соблюдение Пациентом такого же бережного отношения. В случае причинения ущерба Клинике вследствие утраты или порчи имущества, вызванного деянием Заказчика, Пациента и/или лиц его сопровождающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней возместить Клинике нанесенный ущерб в полном объеме.

4.2.5. Обеспечить явку Пациента за получением Услуг в согласованное Сторонами время. В случае невозможности явки на прием по личной инициативе, Заказчик обязан предупредить об этом Исполнителя минимум за два часа до начала предоставления Услуг Исполнителем.

4.2.6. Обеспечить оплату оказанных Пациенту медицинских услуг в соответствии с порядком, определенным в разделе 3 настоящего Договора.

4.2.7. Выбирать лечащего врача из числа медицинских сотрудников Исполнителя, в доступной для него форме получить имеющуюся информацию о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.2.8. Отказаться от получения Услуги, предоставляемой по Договору, с оплатой фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с оказанием Услуги.

4.2.9. Законный представитель вправе отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в виде документа на бумажном носителе, подписанного законным представителем Пациента и медицинским работником.

4.2.10. Предоставить подробную информацию об имеющихся заболеваниях Пациента, ранее перенесенных им травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарственных препаратов и других аллергических реакциях, а также сообщать иные сведения, имеющие существенное значение для правильного проведения диагностики и лечения Пациента.

4.2.11. Предоставить имеющиеся у него данные по результатам обследования и консультаций Пациента, проведенных в других медицинских учреждениях.

4.2.12. При каждом обращении к Исполнителю, предварительно ознакомиться с актуальными Правилами внутреннего распорядка для пациентов ООО «Бэл-Ар МЕД», Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО «Бэл-Ар МЕД», Прейскурантом, с наименованием предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, а также их стоимостью.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

5.1. Клиника обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

5.2. С согласия законного представителя Пациента допускается передача сведений о Пациенте, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия законного представителя Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель предоставляет законному представителю Пациента/ лицу, указанному в ИДС медицинские документы (их копии) и выписи из них (далее – медицинские документы), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах медицинского обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы при предъявлении документа удостоверяющего личность.

Медицинские документы предоставляются в объеме и в сроки, установленные соответствующим Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации, исключительно по письменному запросу, составленному при личном обращении в Клинику или направленному на почтовый адрес Исполнителя.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Клиникой (Исполнителем) в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком и Пациентом условий настоящего договора.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. Претензии о ненадлежащем качестве оказания медицинской услуги принимаются от Заказчика в письменном виде в порядке, установленном законодательством о защите прав потребителя.

7.2. Взаимные претензии и споры, возникающие между Заказчиком и Клиникой, стороны стараются урегулировать путем переговоров в досудебном (претензионном) порядке. В случае недостижения согласия путем переговоров споры подлежат рассмотрению в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение одного года. По истечении срока действия Договор считается продленным на следующий год, если ни одна из Сторон не уведомит вторую Сторону о его прекращении. Срок действия Договора может быть продлен в вышеуказанном порядке неоднократно.

8.2. Расторжение сторонами Договора или изменение его условий возможно по предоставлению Стороной уведомления о предстоящем изменении или расторжении Договора в письменном виде за 14 суток до момента внесения изменений или расторжения Договора.

8.3. В случае многократного необеспечения Заказчиком соблюдения Пациентом рекомендаций и требований лечащего врача, а также в случае необеспечения явки Пациента на приемы, обследования и лечение в согласованное время, Клиника имеет право расторгнуть Договор в одностороннем порядке без соблюдения срока, предусмотренного п.8.2. Договора.

9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

9.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для Заказчика и Клиники.

9.2. Во всём остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

9.3. Заказчик подтверждает, что все пункты настоящего Договора ему понятны, не содержат двойного толкования и не требуют дополнительного разъяснения.

9.4. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя;

10. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель/ Клиника:

ООО «Бэл-Ар МЕД»

Юр.адрес: 142005, Россия, Московская обл., г.о.

Домодедово, г. Домодедово, мкр. Северный, ул.

Советская, д.50 помещ.001. Факт./почтовый адрес: 142005,

Россия, Московская обл., г.о. Домодедово, г. Домодедово,

мкр. Северный, ул. Советская, д.50 помещ.001.

ИНН: 5009099770, КПП: 500901001

ОГРН № 1155009003049, выдан Инспекцией ФНС по г.

Домодедово М.О., 13.07.2015 г.

Банковские реквизиты:

р/с.: 40702810840000058099 в ПАО СБЕРБАНК г. Москва

к/с.: 3010810400000000225

БИК: 044525225

E-mail: info@belarmed.ru

_____/ ФИО

Подпись

М.П.

Заказчик:

ФИО: _____

Дата рождения: _____

Адрес места жительства: _____

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан: _____

Дата выдачи: _____

Номер телефона : _____

Email: _____

Потребитель/Пациент:

ФИО: _____

Дата рождения: _____

Свидетельство о рождении:

серия _____ № _____

Дата выдачи: _____,

Выдан _____

_____/ ФИО

Подпись