

ДОГОВОР ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_

г. Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

именуемый (ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) в интересах лица, законным представителем которого является, (фамилия, имя, отчество лица) \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированного по адресу \_\_\_\_\_

именуемого(ой) в дальнейшем «Пациент» с одной стороны,

и Общество с ограниченной ответственностью «МЕГАИНФО» (г. Москва) (ОГРН 1027739292294 (Свидетельство о регистрации серия 77 №005321399 от 01 октября 2002г, выданное Межрайонной инспекцией МНС №39 по г. Москве, ИНН 7706197753. Лицензия Л041-01137-77/00368452 от 17 июля 2008 г., сроком действия: бессрочно, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, 127006 г. Москва Оружейный пер. д. 43. Т. +7 (499) 251 83 00. Предмет лицензии: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; косметологии; мануальной терапии; нефрологии; остеопатии; оториноларингологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике), именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице Директора Загера Константина Леонидовича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

### УВЕДОМЛЕНИЯ, ИНФОРМИРОВАНИЕ И СОГЛАСИЯ ЗАКАЗЧИКА

Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В момент заключения настоящего Договора Я, Заказчик, действующий в интересах Пациента:

- Информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Ознакомлен с перечнем услуг и Прейскурантом Клиники, понимаю содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования. Заказчик соглашается, что оплата услуг, оказываемых по настоящему Договору Пациенту, производится в соответствии с Прейскурантом, действующим на дату оказания услуги и доступным для ознакомления Заказчиком на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.
- Информирован и согласен с тем, что при наличии медицинских показаний Стороны вправе согласовать проведение отдельных консультаций и медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- Подтверждаю, что до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (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 Пациента.

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Клиника на основании обращения Заказчика обязуется оказать Пациенту платные медицинские услуги (далее – «Медицинские услуги»), а Заказчик уплачивает Клинике вознаграждение в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.
- 1.2. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 115280, г. Москва, 1-ый Кожуховский проезд, д.1/7
- 1.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается Клиникой:
  - 1.3.1. в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
  - 1.3.2. в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти и обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
  - 1.3.3. на основе клинических рекомендаций;
  - 1.3.4. с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Клиника обязуется:

- 2.1.1. Оказать медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.
- 2.1.2. Не разглашать врачебную тайну, руководствуясь действующим законодательством РФ.
- 2.1.3. Обеспечить Заказчика и Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
- 2.1.4. Предоставить Заказчику и Пациенту информацию о медицинских работниках (ФИО), их образовании и медицинской специализации.

2.1.5. Представлять Заказчику и Пациенту информацию о состоянии его здоровья, в том числе о заболевании, диагнозе, методах лечения. Ознакомить Заказчика и Пациента с результатами осмотра, диагнозом, возможными вариантами лечения и ориентировочной стоимостью лечения, а при возникновении необходимости их изменения - согласовать такие изменения с Заказчиком.

2.1.6. В рамках исполнения настоящего Договора выдавать Заказчику (и Пациенту) по его письменному запросу копию настоящего Договора с Приложениями и Дополнительными соглашениями к нему, медицинские документы (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, без взимания дополнительной платы в течение 10 (Десяти) календарных дней с момента получения запроса Заказчика.

#### 2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Предоставить известную ему информацию и документы о состоянии здоровья Пациента, информировать врача о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания Пациенту медицинской помощи.

2.2.2. Давать информированные добровольные согласия на медицинские вмешательства (медицинские услуги) в письменной форме в отношении Пациента, законным представителем которого является Заказчик.

2.2.3. Обеспечить выполнение Пациентом всех указаний и рекомендаций медицинских работников Клиники, связанных с оказанием медицинских услуг, а также соблюдение режима лечения, в том числе определенного на период временно нетрудоспособности, и правил поведения Пациента в Клинике.

2.2.4. Обеспечить явку Пациента на медицинский прием в согласованное Сторонами время. В случаях обстоятельств, препятствующих явке для получения услуг, Заказчик и/или Пациент информирует Клинику о таком обстоятельстве заблаговременно.

2.2.5. Информировать врача о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях до оказания Пациенту медицинской помощи.

2.2.6. Обеспечить соблюдение Пациентом режима работы Клиники.

2.2.7. Бережно относиться к имуществу Клиники.

#### 2.3. Клиника имеет право:

2.3.1. Самостоятельно определять вид и объем диагностики, профилактики и лечения, количество и виды медицинских манипуляций и вмешательств, необходимых для оказания медицинских услуг (лечения) Пациенту, при условии дачи Заказчиком информированного добровольного согласия на проведение Пациенту соответствующих медицинских манипуляций и вмешательств.

2.3.2. Получать от Заказчика и Пациента сведения и медицинские документы о состоянии его здоровья, необходимые для оказания медицинских услуг.

2.3.3. Отказать во врачебном приеме Пациенту и/или в оказании ему медицинских услуг в случаях:

- а) если есть подозрения (соматические проявления), что Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- б) в действиях Пациента и/или лиц его сопровождающих есть угроза жизни или здоровью работников Клиники и/или Пациент не следует рекомендациям работников Клиники;
- в) если Заказчик и/или Пациент отказывается предоставить известную ему информацию и документы о состоянии здоровья Пациента (в рамках сбора анамнеза);
- г) неоплаты медицинских услуг.

2.3.4. Оказывать дополнительные медицинские услуги Пациенту без заключения соответствующего Дополнительного соглашения к настоящему Договору в соответствии со стоимостью услуг, указанной в Прейскуранте Клиники на дату оказания дополнительных медицинских услуг, размещенном на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.

2.3.5. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (медицинского работника) или врача, ранее оказывающего услуги, назначить другого врача (медицинского работника) для оказания услуг Пациенту по согласованию с Заказчиком.

#### 2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии здоровья Пациента, перечне, методах, стоимости и результатах оказываемых услуг.

2.4.2. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь, лечение) в отношении Пациента.

2.4.3. Выбрать лечащего врача (медицинского работника) из персонала Клиники.

2.4.4. Отказаться от получения медицинских услуг с подписанием отказа от медицинского вмешательства, предусмотренного законодательством РФ. В этом случае Пациент оплачивает расходы, понесенные Клиникой на момент такого отказа от услуг.

2.4.5. Указать граждан, которым может быть передана информация о состоянии здоровья Пациента.

2.4.6. Направлять в письменном виде обращения, жалобы Клинике по адресу, указанному в настоящем Договоре, а также в органы государственной власти и организации по форме и способами, установленными действующим законодательством РФ.

### **3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливается на основании предварительного диагноза. При необходимости Сторонами может быть согласована твердая или приблизительная смета на виды и стоимость оказываемых услуг (далее - «Смета»).

3.2. Срок оказания медицинских услуг устанавливается индивидуально с учетом медицинской ситуации, исходя из объема профилактических, диагностических и лечебных мероприятий, и определяется лечащим врачом (консилиумом врачей).

3.3. Оказание дополнительных медицинских услуг осуществляется без заключения Сторонами соответствующего Дополнительного соглашения в соответствии со стоимостью услуг, указанной в Прейскуранте Клиники на дату оказания дополнительных медицинских услуг, размещенном на сайте Клиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.

#### 4. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Стоимость оказываемых Клиникой медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующем на дату оказания медицинской услуги.

4.2. Услуги оплачиваются Заказчиком после каждого посещения Клиники (врачебного приема) в момент выставления счета Клиникой, за исключением случаев, предусмотренных настоящим Договором.

4.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Клиники или день внесения денежных средств в кассу.

4.4. Заказчик подтверждает (дает согласие) возможность оплаты оказанных Пациенту услуг третьими лицами, в том числе организациями, кроме страховых компаний. В случае оплаты услуг полностью или частично организациями Заказчик дает добровольное согласие на передачу указанным организациям персональных данных Пациента с целью исполнения договоров об оказании медицинских услуг.

4.5. Возврат излишне уплаченных денежных средств по настоящему Договору возможен только тем же способом, каким была произведена оплата. При оплате банковской картой денежные средства возвращаются на банковскую карту, с которой была совершена оплата, при условии предоставления банковской карты, паспорта плательщика и заявления на возврат денежных средств. При оплате наличными средствами, денежные средства возвращаются Пациенту наличными в кассе Клиники при условии предоставления паспорта и заявления на возврат денежных средств.

#### 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Заказчик и Пациент понимают, что неисполнение и/или ненадлежащее своих обязательств по настоящему Договору (в частности, не предоставление, либо несвоевременное предоставление Пациентом/Заказчиком достоверной информации и всех имеющихся документов о состоянии здоровья Пациента, в том числе, об обстоятельствах заболевания и опыте применения лекарственных препаратов в связи с заболеванием, о непереносимости отдельных лекарственных препаратов и методов лечения, а также их сочетания, а также в случае несоблюдения Пациентом графика наблюдения у врача, в том числе - информирования о состоянии здоровья Пациента в процессе лечения в оговоренных временных рамках) может негативно отразиться на результатах оказания медицинских услуг.

#### 6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. С целью урегулирования разногласий Стороны вправе согласовать проведение медицинского консилиума и/или медицинской экспертизы.

6.2. При недостижении согласия в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

#### 7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного года или до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору. Действие настоящего Договора пролонгируется на каждый последующий календарный год, если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего Договора предварительно за 30 (Тридцать) календарных дней до прекращения действия настоящего Договора.

7.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон.

7.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.4. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке любой из Сторон в случае невыполнения другой Стороной обязательств по настоящему Договору.

#### 8. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 (Двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

#### 9. ПОДПИСИ СТОРОН

##### Клиника

Общество с ограниченной ответственностью  
«МЕГАИНФО»

Сокр. наименование: ООО «МЕГАИНФО»

Юридический адрес:

115280, г. Москва, 1-ый Кожуховский пр-д, д.1/7

Адрес места нахождения:

115280, г. Москва, 1-й Кожуховский пр-д, д. 1/7

##### Заказчик

ФИО: \_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер): \_\_\_\_\_

Выдан (кем): \_\_\_\_\_

Дата выдачи: \_\_\_\_\_

ИНН 7706197753 КПП 772501001  
р/с 40702810502370015707  
в АО «АЛЬФА-БАНК»  
к/с 30101810200000000593 БИК 044525593  
ОГРН 1027739292294 ОКПО 18984282  
ОКАТО 45296559000

Тел.: +7(495) 236-76-52  
Сайт Клиники [www.zagerclinic.ru](http://www.zagerclinic.ru)  
Email: [info@zagerclinic.ru](mailto:info@zagerclinic.ru)

Директор \_\_\_\_\_  
К. Л. Загер

Адрес места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный телефон: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Заказчик ✓ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Подпись Расшифровка подписи

Приложение N 2  
утверждено Приказом Министерства  
здравоохранения Российской Федерации  
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

### Информационное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя)  
" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации законного представителя)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н, (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2011 года № 24082) (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в Обществе с ограниченной ответственностью «МЕГАИНФО» 115280, г. Москва, 1-ый Кожуховский проезд, д 1/7. Свидетельство серия 77 № 005321399 от 01 октября 2002г., выданное Межрайонной инспекцией МНС России №39 по г. Москве. Лицензия ЛО41-01137-77/00368452 от 17 июля 2008г. выданная Департаментом здравоохранения города Москвы.

Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

---

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)*

✓  

---

*(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя, телефон)*

---

*(подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)*

Дата оформления

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.