**Уведомление**

ООО «Мида» уведомляет 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 уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

« 2 » апреля 2021 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Договор №**

 **на оказание платных медицинских услуг**

 г. Новороссийск «2» апреля 2021 года

Общество с ограниченной ответственностью «Мида», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице медицинского регистратора Серебренниковой Марии Валерьевна, действующего на основании Доверенности № 23АА9604919 с одной стороны,

в дальнейшем «Заказчик», являющийся законным представителем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. Предмет договора.**

1.1 По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить стоимость предоставленных Потребителю медицинских услуг. Перечень медицинских услуг указывается в Перечне платных медицинских услуг (Приложение № 1 к настоящему договору), являющемуся его неотъемлемой часть.

 1.2. Стоимость платных медицинских услуг и дополнительных немедицинских услуг указана в Прейскуранте (Прайсе), утвержденном директором ООО «Мида».

 **2. Порядок расчетов**

2.1. Стороны согласны, что оплата медицинских услуг производится путем 100% предоплаты стоимости оказываемой услуги по Прейскуранту (Прайсу) Исполнителя, действующему на день оплаты услуг, указанной в п.1.1., путем внесения в кассу Исполнителя наличными денежными средствами или с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт международных платежных систем с выдачей Потребителю документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции).

2.2. При возникновении необходимости, выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика с оплатой по утвержденному прейскуранту.

**3. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг**

 3.1. Исполнитель оказывает услуги Потребителю в помещении Исполнителя, расположенного по адресу: 353907, Краснодарский край, г. Новороссийск, ул. Анапское ш., д.39Г, пом. 111-117 в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя/Заказчика путем размещения информации на сайте Исполнителя и/или на информационных стендах, расположенных в помещении Исполнителя.

3.2. Услуги по настоящему договору оказываются в порядке предварительной записи Потребителя на прием к специалистам Исполнителя. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос приема Потребителя

3.3. Срок оказание платных услуг определяется датой обращения Потребителя/Заказчика к Исполнителю, и оказываются в день и время записи Потребителя для получения этих услуг, при условии его явки.

3.4. Медицинские услуги оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо по просьбе Заказчика в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи с учетом организационно-технических возможностей Исполнителя.

3.5. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ и клинические рекомендации, отвечают требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.6. Заказчик/Потребитель уведомлен 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.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются исключительно при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, действующего в интересах несовершеннолетнего/недееспособного Потребителя данного в порядке, установленном законодательством РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

**4. Права и обязанности сторон.**

**4. Права и обязанности Сторон**

4.1. **Заказчик**/**Потребитель имеет право:**

4.1.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

4.1.2. Получать от Исполнителя полную, доступную для понимания, своевременную информацию о получаемых медицинских услугах, своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии здоровья Потребителя.

4.1.3. Отказаться после заключения договора от получения медицинских услуг, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

4.2. **Заказчик обязуется:**

4.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.2.2. Информировать Исполнителя (врача, медицинского работника) о перенесенных Потребителем заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, обеспечить точное выполнение Потребителем назначенного врачом плана обследования и лечения;

4.2.3. Обеспечить соблюдение Потребителем правил поведения в медицинской организации, внутреннего режима нахождения на территории Исполнителя, режима работы медицинской организации;

4.2.4. Обеспечить выполнение Потребителем всех предписаний, назначений и рекомендаций медицинских работников Исполнителя.

4.3. **Исполнитель обязан:**

4.3.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативно-правовыми актами РФ.

4.3.2.Своеврменно и качественно оказывать Потребителю медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора.

4.3.3. Соблюдать порядок и правила оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения РФ.

4.4. **Исполнитель имеет право**:

4.4.1. Получать от Заказчика/Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком/Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до предоставления необходимой информации.

4.4.2. Требовать от Заказчика соблюдение Потребителем графика прохождения процедур, врачебных назначений.

 **5. Сведения об исполнителе.**

5.1 Наименование Исполнителя: Общество с ограниченной ответственностью «Мида» (ООО «Мида»).

Юридический адрес: 353485, Краснодарский край, Геленджик г, Архипо-Осиповка с, Ленина ул, дом 84, 5 Тел: 8 (928) 257-00-01

5.2. Сведения об Обществе с ограниченной ответственностью «Мида» внесены в ЕГРЮЛ 14.05.2008, ОГРН 1082304001438, ИНН 2304052861, КПП 230401001.

5.3. Лицензия ЛО-23-01-011449 от 29.07.2017 г. на осуществление медицинской деятельности: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, медицинскому массажу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике.

5.4. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Краснодарского края. Адрес местонахождения лицензирующего органа: 350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276. Телефон лицензирующего органа: 8(861) 992-53-68.

 **6. Ответственность сторон.**

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим договором и законодательством Российской Федерации.

6.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии законодательством Российской Федерации.

 **7. Форс-мажор.**

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно: пожара, наводнения, землетрясения, войны, эпидемии, пандемии, запрета по решению органов государственной власти на оказание медицинских услуг при обстоятельствах, создающих опасность жизни и здоровья граждан, и, если эти обстоятельства непосредственно повлияли на исполнение настоящего Договора. При этом срок выполнения обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства и их последствия.

7.2. Сторона, для которой создалась невозможность выполнения обязательств по Договору, обязана о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств немедленно известить другую сторону. Несвоевременное извещение об обстоятельствах непреодолимой силы лишает соответствующую сторону права ссылаться на них в будущем.

**8. Конфиденциальность**

8.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при его обследовании и лечении (врачебной тайне).

8.2. С письменного согласия Заказчика допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях медицинского обследования и лечения Потребителя.

**9. Срок действия договора**

9.1. Настоящий Договор вступает с силу с момента его подписания и действует в течение до полного исполнения сторонами своих обязательств.

**10. Порядок изменения и расторжения договора.**

 10.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

10.2. В случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

10.3. Споры, возникшие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются путем переговоров, а в случае не достижения согласия в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством.

 **12. Адреса, реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:ООО «Мида»ИНН 2304052861 КПП 230401001ОГРН 1082304001438Юридический адрес: 353485, Краснодарский край, Геленджик г, Архипо-Осиповка с, Ленина ул, дом 84, 5,Тел. 8 (928) 257-00-01р/с 40702810500460000112БИК 040349722в КБ "КУБАНЬ КРЕДИТ" ОООМедицинский регистратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись |  Потребитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись |

С Правилами оказании платных медицинских услуг, Правилами внутреннего распорядка в ООО «Мида», Прайсом (прейскурантом) ознакомлен(а).

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(подпись)