

Во исполнение пункта 20 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 года № 736, уведомляем Вас о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Несоблюдение указаний (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.

Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации) находится на информационном стенде, а также на сайте юридического лица.

ФИО пациента

## ДОГОВОР № 00000000 ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Тюмень «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью "Импульс", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказывать на возмездной основе медицинские услуги Потребителю \_\_\_\_\_, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации (далее по тексту «Медицинские услуги»). Требования к платным медицинским услугам, в том числе к их объему и срокам предоставления, определяются по согласию сторон договора, если федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации не предусмотрены другие требования. Потребитель обязуется принять оказанные медицинские услуги, своевременно и в полном объеме оплачивать стоимость оказанных медицинских услуг и выполнять требования Исполнителя для целей обеспечения своевременного и качественного оказания медицинских услуг, в том числе предоставлять необходимые для этого сведения.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, стоимость платных медицинских услуг, срок и порядок их оказания и оплаты, сведения о лице, непосредственно оказывающем медицинскую услугу, указываются в предварительном расчете (смета), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора. Потребитель/Заказчик проинформирован о том, что объем и стоимость лечения могут быть скорректированы при возникновении обстоятельств, уточняющих предварительный диагноз, при возникновении новых обстоятельств, которые не могли быть учтены при заключении настоящего договора, а также при изменении плана лечения по согласованию с Потребителем.

1.3. Место оказания медицинских услуг: 625051 г. Тюмень, ул. Широтная, д. 81А

1.4. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему договору в соответствии с Лицензией Л041-01107-72/00328620 от 05.08.2021 выдана Департаментом здравоохранения Тюменской области, расположенному по адресу 625048 г. Тюмень, ул. Мальгина, д. 48, тел. +7 (3452) 42-78-00 сроком действия: бессрочно. Лицензируемый вид деятельности: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; рентгенологии; стоматологии; стоматологии профилактической; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ортодонтии; рентгенологии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; челюстно-лицевой хирургии.

1.5. Подтверждением согласия Потребителя/Заказчика с условиями настоящего договора и с условиями предоставления медицинской услуги является осуществление Потребителем/Заказчиком соответствующих действий, в том числе подписание настоящего Договора, заказ услуг и (или) их оплата, предоставление информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.

1.6. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;
- в) на основе клинических рекомендаций;
- г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя и (или) заказчика.

1.7. Настоящий договор заключен сроком на 3 (три) года, вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется в течение всего срока его действия.

1.8. Права и обязанности сторон установлены также Правилами предоставления платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс", с которыми Заказчик и Потребитель ознакомлены.

1.9. Гарантийный срок и срок службы при оказании медицинских услуг установлены Положением о гарантиях в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс".

### 2. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых Потребителю Исполнителем по настоящему договору, определяется на основании действующего Прейскуранта Исполнителя в момент заказа и оплаты услуг.

2.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем в порядке предоплаты до оказания медицинской услуги, либо после оказания медицинской услуги непосредственно в день ее оказания в наличной или безналичной (банковская карта) форме.

2.3. В случае если, Потребитель является застрахованным и имеет полис добровольного медицинского страхования в страховой компании, заключившей договор с Исполнителем, то медицинские услуги, оказываемые в рамках страховой медицинской программы, Потребителем/Заказчиком не оплачиваются.

### 3. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в порядке, установленном действующим законодательством РФ и Правилами предоставления платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс".

3.2. В случае, если Потребителем/Заказчиком не произведена оплата или несвоевременно произведена оплата за оказанные медицинские услуги, на сумму задолженности начисляется неустойка в размере 0,1% от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа.

3.3. Нарушение Потребителем/Заказчиком сроков оплаты оказанных медицинских услуг, служит основанием для приостановления выполнения Исполнителем своих обязательств по настоящему договору, а также для одностороннего отказа Исполнителя от исполнения настоящего договора. С момента уведомления Потребителя/Заказчика об одностороннем отказе от исполнения настоящего договора, он считается расторгнутым, а обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг прекращены. При расторжении договора Потребитель/Заказчик обязан оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в полном объеме в течение 5 (Пяти) рабочих дней с момента уведомления об одностороннем отказе от исполнения договора Исполнителем.

3.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по договору, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие обстоятельств, о которых Исполнитель не знал или не мог знать, не был информирован Потребителем/Заказчиком в полной степени, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

3.5. Потребитель, находящийся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязан соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

### 4. ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий договор может быть изменен и расторгнут в любое время по взаимному согласию Сторон, в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Потребитель/Заказчик вправе отказаться после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг по собственной инициативе, предоставив соответствующий отказ от медицинского вмешательства. В случае отказа Потребителя/Заказчика от получения медицинских услуг, Потребитель и (или) Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему договору.

4.3. Настоящий договор прекращает свое действие до выполнения Исполнителем своих обязательств при отсутствии у Исполнителя объективной возможности оказать медицинскую услугу, в том числе в связи с:

- обнаружением противопоказаний у Потребителя для оказания медицинской услуги, которые на момент заключения Договора были неизвестны Исполнителю и были выявлены в процессе обследования и лечения;

- ухудшением состояния здоровья Потребителя, не позволяющем продолжать начатое лечение;

- отсутствием медицинского оборудования Исполнителя для оказания соответствующей медицинской услуги;

- неоплатой или несвоевременной оплатой медицинских услуг в соответствии с разделом 2 настоящего Договора.

### 5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

5.1. Настоящий договор составлен в двух /трех оригинальных экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если они составлены в виде единого документа, подписанного Сторонами.

5.3. Все, что не предусмотрено настоящим Договором регулируется Правилами предоставления платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс", Положением о гарантиях в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс" и действующим законодательством РФ.

5.4. При подписании настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомился с действующим Прейскурантом Исполнителя.

5.5. Порядок и условия выдачи потребителю (законному представителю потребителя) после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих 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 регулируется Правилами предоставления платных медицинских услуг в Общество с ограниченной ответственностью "Импульс".

6. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

Потребитель

Заказчик

Общество с ограниченной ответственностью "Импульс"

625051 г. Тюмень, ул. Широтная, д. 81А

ФИО: \_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

ФИО: \_\_\_\_\_

Дата рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Данные документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Место жительства: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

ИНН: 7203515706 КПП: 720301001

ОГРН: 1217200002315



Я, \_\_\_\_\_, разрешаю Обществу с ограниченной ответственностью "Импульс" осуществлять отpravку оповещений на мой мобильный номер телефона с целью информирования о дате и времени назначенного приема, информирования о персональных предложениях и бонусах, поздравления с днем рождения.



\_\_\_\_\_ ФИО пациента

Прошу кассовый чек в электронной форме направить на адрес электронной почты: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ ФИО пациента