**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
об оказании медицинских услуг**

г. Санкт-Петербург «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ Г.

|  |  |
| --- | --- |
| г. Санкт-Петербург | \_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. |

**ООО «МЦ «РЕЛАКСМЕДИКА»**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего(ей) на основании Доверенности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., именуемое в дальнейшем **«Клиника»**, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серия \_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_, выдан:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем **«Пациент»**, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Клиника обязуется оказывать Пациенту медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, и разрешенные на территории РФ, перечень, которых устанавливается в Приложениях к Договору (далее - **Услуги**).  
1.2. Клиника обеспечивает выполнение по отношению к Пациенту необходимых диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в соответствии с имеющейся лицензией №ЛО-78-01-009214, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, 26.09.2018г., (местонахождение Комитета: 191023, Санкт-Петербург, ул. М. Садовая, д. 1, тел: (812) 595-89-79, 571-09-06)

Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность Клиники:

- 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: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: кардиологии; лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; остеопатии; ревматологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии, функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.3. При исполнении настоящего Договора Стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление медицинскими учреждениями медицинских услуг населению.

**2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Клиника, если иное не определено выбранной программой медицинских услуг, оказывает услуги Пациенту в помещении Клиники по адресу: 196066, СПб, Московский пр-кт, д. 224, литер Б, пом. 1Н.

2.2. Срок предоставления услуг определяется Сторонами в Приложениях к настоящему Договору. Сроки ожидания услуг определяются исходя из свободного времени в графике приема врача.

2.3. Клиника, если иное не определено выбранной программой медицинских услуг, оказывает услуги в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Клиники и доводятся до сведения Пациента.

2.4. Предоставление медицинских услуг производится в порядке предварительной записи на прием.  
2.5. В случае необходимости Клиника имеет право привлекать для оказания медицинских услуг Пациенту, оставаясь перед ним ответственным за качество медицинских услуг, иные медицинские организации, имеющие с Клиникой соответствующие договоры, в том числе, но не ограничиваясь:

- ООО «Клиника Мастерская Здоровья», адрес: 195220, Российская Федерация, Санкт-Петербург, пр. Науки, д. 17, корп. 6, литер А, пом. 38-Н, ИНН: 7804513326, ОГРН: 1137847303670, свидетельство о государственной регистрации серия: 78 № 009051687, выдано 12.08.2013г. МИФНС России № 15 по Санкт-Петербургу, адрес: 191124, Санкт-Петербург, ул. Красного Текстильщика, д. 10-12, лит. “О”, лицензия № ЛО-78-01-009234, выданна Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербург, 03.10.2018г., (местонахождение Комитета: 191023, Санкт- Петербург, ул. М. Садовая, д. 1, тел: (812) 595-89-79, 571-09-06).

Перечень услуг составляющих медицинскую деятельность Клиники:

- 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: медицинскому массажу; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике, хирургии; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: мануальной терапии; неврологии; рефлексотерапии; физиотерапии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности.

- ООО «Клиника лечения позвоночника», адрес: 195197, г. Санкт-Петербург, Полюстровский пр-кт, д. 68 А, литер Б, ИНН: 7802853334 ОГРН: 1147847083592, свидетельство о государственной регистрации серия: 78 № 009094182, выдано 07.03.2014 г. МИФНС России № 15 по Санкт-Петербургу, адрес: 191124, Санкт-Петербург, ул. Красного Текстильщика, д. 10-12, лит. “О”, лицензия № 78-01-005059, выданной Комитетом по здравоохранению Санкт-Петербурга, 01.09.2014г., (местонахождение Комитета: 191023, Санкт-Петербург, ул. М. Садовая, д. 1, тел: (812) 595-89-79, 571-09-06). Перечень услуг составляющих медицинскую деятельность: 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: лечебной физкультуре; медицинскому массажу; рентгенологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; рентгенологии; рефлексотерапии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: лечебной физкультуре и спортивной медицине; мануальной терапии; неврологии; рефлексотерапии; ультразвуковой диагностике; физиотерапии; функциональной диагностике.

2.6. В случае привлечения медицинских организаций для оказания медицинских услуг Пациенту в порядке пункта 2.5. настоящего Договора, Пациент поручает Клинике перечислить денежные средства в эти медицинские организации в качестве оплаты медицинских услуг.

**3. СТОИМОСТЬ, ПОРЯДОК ОПЛАТЫ И ПРИЕМКИ УСЛУГ**

3.1. Стоимость медицинских услуг согласована Сторонами в Приложениях к настоящему Договору согласно Прейскуранту, доведенному до сведения Пациента.

3.2. Оплата медицинских услуг производится Пациентом на условиях 100% предварительной оплаты услуги (процедуры) путем внесения денежных средств в кассу Клиники или перечисления подлежащих оплате сумм на расчетный счет Клиники. Стороны вправе согласовать иной порядок расчетов.

3.3. По окончании оказания медицинских услуг (медицинской услуги) Стороны подписывают Акт об оказанных услугах. Пациент в течение 5 (пяти) календарных дней с момента получения Акта об оказанных услугах обязуется его рассмотреть и подписать либо представить мотивированный отказ от его подписания.  
3.4. В случае обращения Пациента за получением медицинских услуг в рамках проводимых Клиникой акций, подлежит применению тот порядок предоставления и оплаты услуг (в т.ч. полное или частичное освобождение от оплаты), который предусмотрен условиями конкретной акции, в рамках которой обратился Пациент. При намерении Пациента воспользоваться дополнительными медицинскими услугами, на которые действие акции не распространяется, их оплата производится Пациентом в общем порядке согласно п.п. 3.1. и 3.2. настоящего Договора.

3.5. В случае предоставления Пациенту скидки за предварительную оплату комплекса услуг и дальнейшем отказе Пациента от получения услуг (отказе от Договора) возврат денежных средств производится за вычетом стоимости оказанных услуг (процедур), исчисленной без учета скидки.

3.6. При обращении Пациента за получением медицинских услуг на основании договора добровольного медицинского страхования, оплату медицинских услуг осуществляет страховая компания (Страховщик), с которой у Пациента заключен соответствующий договор. При намерении Пациента получить медицинские услуги, не предусмотренные программой ДМС, либо не согласованные по каким-либо причинам Страховщиком, их оплата производится Пациентом за свой счет в порядке, установленном п.п. 3.1. и 3.2. настоящего Договора.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**4.1. Клиника обязуется:**

4.1.1. Оказывать Пациенту услуги в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Минздравом РФ.

4.1.2. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах видов медицинских вмешательств, о последствиях этих медицинских вмешательств, в том числе о вероятности развития осложнений, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

4.1.3. Обеспечивать реализацию всех прав Пациента, предусмотренных Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.4. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента.

4.1.5. В случае несовместимости заболевания, обнаруженного после подписания Договора, с выбранной методикой оказания медицинских услуг, предложить и согласовать другой метод оказания данных услуг, внеся соответствующие изменения в план лечения и в Приложение.

4.1.6. Предоставить результаты исследования (снимки, диски) и письменное заключение не позднее, чем на следующий рабочий день после оказания Пациенту услуг.

**4.2. Клиника имеет право:**

4.2.1. Самостоятельно определять характер и объем исследований, манипуляций и мер профилактики, необходимых для установления диагноза и лечения Пациента.

4.2.2. По согласованию с Пациентом корректировать методы оказания медицинских услуг, внося соответствующие изменения в план лечения и в Приложение.

4.2.3. В случае непредвиденного отсутствия врача в день, назначенный для приёма или медицинского вмешательства, назначить другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

4.2.4. Предоставлять Пациенту скидки по оплате оказываемых медицинских услуг, в соответствии с действующими в Клинике акциями.

**4.3. Пациент имеет право:**

4.3.1. На получение в доступной для него форме полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья.  
4.3.2. Знакомиться с документами, подтверждающими специальную правоспособность Клиники.

4.3.3. Добровольного согласия на предлагаемое медицинское вмешательство, а также на отказ от медицинского вмешательства на любом этапе его подготовки и проведения.

**4.4. Пациент обязуется:**

4.4.1. При оформлении настоящего Договора и последующих посещениях Клиники предъявлять паспорт, иной документ, удостоверяющий личность, при обслуживании по Договору со страховой компанией - предъявлять полис добровольного медицинского страхования.

4.4.2. Ознакомиться с Правилами внутреннего распорядка Клиники и соблюдать их.

4.4.3. Полно и достоверно информировать лечащего врача об истории своего заболевания.

4.4.4. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать специалистов Клиники об обстоятельствах, препятствующих этому, в том числе:

- точно выполнять назначения и рекомендации врачей, соблюдать режим работы Клиники;

- не нарушать режим и график прохождения оздоровительного курса;

- при невозможности явки в согласованное время заранее (за 12 часов до назначенного времени) предупредить об этом по телефону или факсу Клиники;

- своевременно и в полном объёме оплачивать оказываемые услуги, если услуги предоставляются с оплатой.  
4.4.5. При отказе от предлагаемого Пациенту медицинского вмешательства лично или через своего законного представителя подписать текст Информированного отказа (с предупреждением о возможных последствиях такого отказа), который после подписания становится неотъемлемой частью настоящего Договора.  
4.4.6. При возникновении изменений в состоянии здоровья, предоставить специалистам Клиники информацию об этом, в том числе, в случае непредвиденной госпитализации в другое медицинское учреждение.  
4.4.7. При любых изменениях плана лечения, предоставлении дополнительных услуг лично знакомиться с действующим на тот момент прейскурантом Клиники на медицинские услуги.

4.4.8. При нахождении в Клинике Пациент обязан соблюдать общественный порядок и указания медицинского персонала.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. При предъявлении Пациентом требований, в том числе при обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги, Клиника рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

5.4. При наличии оснований для возврата денежных средств Клиника возвращает денежные средства Пациенту в течение 10 (десяти) дней с момента получения письменного обращения Пациента. Полномочия представителя Пациента на получение денежных средств подтверждаются нотариально удостоверенной или приравненной к нотариально удостоверенной доверенностью, за исключением случаев представления интересов законным представителем.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует один год.

6.2 Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон, по другим основаниям и в порядке, предусмотренным действующим законодательством.

6.3. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в Клинике.

6.4. Пациент уведомлен о том, что Клиника не оказывает услуги в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС).

6.5. Предоставление Пациенту медицинских документов (их копий) или выписок из них осуществляется на основании письменного запроса Пациента в порядке и сроки, установленные Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 N 789н "Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них".

6.6. Обращения (жалобы) Пациента должны быть оформлены в письменном виде за подписью Пациента и направлены на адрес Клиники, указанный в разделе 8 настоящего Договора, или по адресам электронной почты: **office@mz-clinic.ru.**

6.7. Настоящий Договор составлен на русском языке, в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

**7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

7.1. До подписания настоящего Договора Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (лечащего врача, 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.

7.2. Пациент уведомлен о необходимости соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения в Клинике.

Пациент: ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**7.3. Согласие Пациента на обработку персональных данных:**

Пациент в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 N 152-ФЗ "О персональных данных" дает согласие на обработку Клиникой своих персональных данных в целях: оказания медицинских услуг, установления медицинского диагноза, в медико-профилактических целях, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях информирования об услугах Клиники.  
Пациент дает согласие на обработку следующих его персональных данных: фамилия, имя отчество; число, месяц, год, рождения; реквизиты документа, удостоверяющего личность; адрес места жительства; номер телефона; семейное положение; сведения об образовании; сведения о трудовой деятельности; реквизиты полиса ДМС (ОМС), СНИЛС; данные о состоянии здоровья, биометрические данные.

В отношении указанных персональных данных Пациент дает согласие на совершение Клиникой действий, предусмотренных ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а именно: действий (операций) с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, передачу (предоставление, доступ, распространения) лицам, привлеченным Клиникой для оказания услуг, а также лицам, передача персональных данных которым является обязанностью Клиники в соответствии с законодательством РФ; иных действий, предусмотренных действующим законодательством РФ, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Пациент вправе отозвать согласие на обработку своих персональных данных, письменно уведомив об этом Клинику. Согласие Пациента на обработку его персональных данных действует бессрочно с момента подписания настоящего Договора.

Пациент: ✔\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **КЛИНИКА**  **ООО «МЦ «РЕЛАКСМЕДИКА»**  Адрес: 196066, Санкт-Петербург, Московский проспект, дом 224 Литер Б, помещение 1-Н.  Росбанк филиал Северо-Запад Акционерногообщества «ТБанк»  р/с 40702810094510001590  к/с 30101810345374030941  БИК 044030941  ИНН: 7810575384  ОГРН: 1109847000944, свидетельство о государственной регистрации серия: 78 № 007637217, выдано 12.01.2010г. МИФНС России №15 по Санкт-Петербургу, адрес: 191124, Санкт-Петербург, ул. Красного Текстильщика, д. 10-12, лит. “О”  Тел. +7(812) 333-30-75  Сайт: mz-clinic.ru  По Доверенности № \_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  /подпись/ /расшифровка/ | **ПАЦИЕНТ**  Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес места жительства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  /подпись/ /расшифровка/ |