

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. {Город}

«{Д}» {М} {Г} года

ООО «Линзмастер», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора магазина {Ф.И.О. директора магазина}, действующего на основании доверенности от {Дата доверенности} г., с одной стороны, и {Ф.И.О. клиента}, именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, консультированию, исследованию (далее – услуги), а именно:

{D1} диагностика на очки, стоимость 1200 рублей;
{D2} диагностика на контактные линзы, стоимость 1400 рублей;
{D3} примерка контактных линз (консультация), стоимость 400 рублей;
{D4} и/или проверка глазного давления, стоимость 700 рублей;
{D5} и/или кератотопография, стоимость 800 рублей;
{D6} и/или оптическая пахиметрия, стоимость 1100 рублей;
{D7} и/или оптическая биометрия, стоимость 1200 рублей;
{D8} и/или оптическая когерентная томография глазного дна, стоимость 1200 рублей;
{D9} и/или исследование прероговичной слезной пленки: неинвазивная методика, стоимость 400 рублей;
{D10} и/или комплексное исследование прероговичной слезной пленки: неинвазивная методика + инвазивная методика (проба Норна), стоимость 1000 рублей;
{D11} и/или исследование суммарной слезопродукции (проба Ширмера), стоимость 700 рублей;
{D12} и/или мейбомнография, стоимость 1100 рублей;
{D13} и/или мейбомиометрия, стоимость 500 рублей;
{D14} и/или сферопериметрия (один глаз), стоимость 600 рублей;
{D15} и/или сферопериметрия (два глаза), стоимость 800 рублей;
{D16} и/или комплексная диагностика с рекомендациями, стоимость 2400 рублей;
{D17} и/или комплексная диагностика для подбора контактной коррекции зрения, стоимость 1900 рублей (выбранное отметить), а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги.

1.2. Место оказания услуг – обособленное подразделение Исполнителя, салон оптики: «Линзмастер» по адресу: {Адрес магазина}.

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности от {Дата выдачи лицензии} г. N {Номер лицензии}, предоставлена {Наименование лицензирующего органа}, {Адрес лицензирующего органа}, {Телефон лицензирующего органа} (наименование, адрес и телефон выдавшего ее лицензирующего органа). Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) (выбранное отметить):

{Y1} при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике;

{Y2} при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.

1.4. На момент подписания настоящего Договора Потребитель проинформирован, что Исполнитель не участвует в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также уведомлен о порядке и возможности бесплатной медицинской помощи на территории РФ, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

1.5. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

- Исполнитель обязуется с согласия Потребителя, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Потребителю платные медицинские услуги, указанные в п. 1.1. настоящего Договора.

- Обеспечить Потребителю бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.

- Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Потребителе.

2.2. Потребитель обязуется:

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

- Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3. Исполнитель вправе:

- Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

- Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

3. Стоимость и сроки оказания услуг, порядок расчетов.

3.1. Стоимость услуг определена в п. 1.1. настоящего Договора.

3.2. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в день оказания услуг на условиях 100% предоплаты полной стоимости услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу или с использованием платежной карты.

4. Ответственность сторон

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

5. Срок действия договора

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств.

5.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

6.2. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ООО «Линзмастер»
дата регистрации 15.12.1999г. (зарегистрировано ГУ
Московская регистрационная палата)
Адрес местонахождения: 111250, г. Москва, проезд Завода
Серп и Молот, д. 6, корп. 1, этаж 3 301
Адрес для корреспонденции: 125167, г. Москва, ул.
Викторенко, д. 5, стр. 1, 5 этаж
ОГРН 1027739829281 выдан 19.12.2002г. Межрайонной
ИМНС России №39 по г. Москве
ИНН 7707245632; КПП 772201001

Потребитель:

{Ф.И.О. клиента}

Адрес места жительства:
{Адрес места жительства клиента (для договора)}

Телефон: {Телефон клиента}

Директор магазина

{Ф.И.О. директора магазина}

Ф.И.О. (полностью)

Подпись

{Ф.И.О. клиента}

Ф.И.О. (полностью)

Подпись

**Уведомление пациента о несоблюдении назначений
(рекомендаций) медицинского работника при оказании платных медицинских услуг**

В соответствии с п. 15 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг", ООО «Линзмастер» (ОГРН 1027739829281) настоящим уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг.

"{Д}" {М} {Г} г.

{Ф.И.О. клиента}

(Ф.И.О. потребителя)

(подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, {Ф.И.О. клиента}

«{КД}» {КМ} г. рождения
{КГ}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

(дата рождения гражданина)

зарегистрированный по адресу: {Адрес регистрации клиента}

(адрес регистрации гражданина)

проживающий по адресу: {Адрес места жительства клиента}

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

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. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи в салоне оптики: «Линзмастер» по адресу: {Адрес магазина}.

Медицинским работником {Должность медицинского работника}, {Ф.И.О. медицинского работника}

(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 ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

{Ф.И.О. (состояние здоровья)}, {Телефон (состояние здоровья)}

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

{Ф.И.О. клиента}, {Телефон клиента}

(подпись)

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

{Ф.И.О. медицинского работника}

(подпись)

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

"{Д}" {М} {Г} г.
(дата оформления)