

Исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (заказчика) 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 **V** _____ / Фамилия Имя Отчество /
(подпись)

ДОГОВОР № ____ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г.Ставрополь

дата

Г-н (г-жа), **Фамилия Имя Отчество**, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «Центр лазерной коррекции зрения и хирургии катаракты «Офтальма» (ООО «Офтальма») именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Булатова Антона Анатольевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинскую услугу (далее Услуга), а именно: **Наименование услуги ОУ.**

1.2. Услуга, оказываемая Пациенту, включена в прейскурант и отвечает требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2. Стоимость услуг, и порядок расчетов

2.1. Стоимость Услуги составляет _____ (_____) рублей.

2.2. Полная оплата осуществляется Заказчиком до получения Услуги наличным или безналичным способом.

3. Условия, сроки и порядок предоставления медицинских услуг

3.1. Срок ожидания оказания платных медицинских услуг - 1 (один) рабочий день с даты заключения Договора и его полной оплаты, либо по согласованию Сторон.

3.2. По соглашению Сторон, а также в случаях ожидания заказного медицинского изделия, изготавливаемого по индивидуальным расчетам, сроки предоставления Услуги могут быть изменены путем заключения Дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.3. Длительность предоставления Услуги определяется количеством процедур, входящих в предоставляемую медицинскую услугу.

3.4. После исполнения Договора Пациенту выдается выписка из медицинской карты, отражающая состояние его здоровья после получения Услуги, включающая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения и используемых медицинских изделиях, а также, по запросу, справка об оплате медицинских услуг по установленной форме.

3.5. По дополнительному письменному запросу, Пациенту выдаются копии медицинских документов, в сроки, установленные требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать Услугу в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемых Услугах, разъяснения и рекомендации о способах лечения и их необходимости.

4.1.2. Соблюдать врачебную тайну и конфиденциальность персональных данных.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного оказания Услуги.

4.2.2. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг, в случае возникновения неотложных состояний, без взимания дополнительной платы.

4.2.3. Прекратить оказание Услуги при выявлении у Пациента противопоказаний.

4.3. Пациент обязан:

4.3.1. До оказания Услуги информировать врача о наличии соматических и психических заболеваний, в т.ч. перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях на лекарственные препараты.

4.3.2. Соблюдать Правила внутреннего распорядка и режим медицинского учреждения, назначенный план лечения и рекомендации врача в период оказания Услуги и в восстановительный период.

4.3.3. Немедленно прекратить использование линз в случае появления у Пациента: светобоязни, слезотечения, отека, покраснения глаз(а) любой интенсивности, рези, боли, дискомфорта в глазах(у); снижении чувствительности роговицы; синдрома сухого глаза; аллергических реакций, воспалении, инфекции глаз(а); соматических заболеваний, которые могут привести к поражению глаз(а); психических расстройств; покраснения, отека, воспаления век(а).

4.3.4. Для правильного использования линз и средств ухода за ними необходимо следовать всем инструкциям и рекомендациям Исполнителя. Такие осложнения, как язвы роговицы, могут развиваться в течение нескольких часов и могут привести к потере зрения. Следовательно, при возникновении ощущения дискомфорта, светобоязни, избыточного слезотечения, изменения зрения, покраснения глаз или других проблем, необходимо немедленно снять линзы и обратиться к Исполнителю или любому другому врачу-офтальмологу.

4.3.5. Не превышать рекомендуемый срок ношения линз.

4.4. Пациент имеет право:

4.4.1. На получение, в доступной для его понимания форме сведений о состоянии своего здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

4.4.2. На отказ от получения Услуги и возврат уплаченной суммы, за вычетом стоимости уже выполненных исследований и манипуляций, суммы фактически понесенных исполнителем расходов и стоимости медицинских изделий, произведенных по индивидуальному заказу.

5. Ответственность сторон

5.1. Исполнитель несет ответственность:

- за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора;
- за причинение вреда здоровью и жизни Пациента.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что:

- причиной стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора;
- в случае если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации;
- в случаях осложнений и побочных эффектов (в т.ч. непереносимости медицинских препаратов, разрешенных к применению), связанных с биологическими особенностями организма Пациента;
- в случае возникновения осложнений по вине Пациента, в частности: невыполнение назначений лечащего врача, несоблюдение гигиены глаз и физической нагрузки, несвоевременного сообщения о возникших осложнениях;
- в случае прекращения лечения по инициативе Пациента.

5.3. Пациент несет ответственность

- за достоверность информации, предоставляемой Исполнителю;
- за надлежащее исполнение условий настоящего Договора.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений.

6.2. В случае отказа Пациента от получения Услуги Договор расторгается.

6.3. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в случае неисполнения его условий Пациентом.

6.4. Исполнитель имеет право расторгнуть Договор в случае невозможности оказания Услуги по медицинским показаниям.

6.5. При расторжении Договора по любым основаниям Пациенту возвращаются денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных Услуг и понесенных расходов.

6.6. Все претензии и споры, возникшие между Сторонами по настоящему Договору разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке.

7. Прочие условия

7.1. Пациент надлежащим образом проинформирован о том, что данная Услуга может быть оказана в других лечебных учреждениях, в т.ч. без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Центр лазерной коррекции зрения и хирургии катаракты «Офтальма»», Юридический/фактический адрес: 355037, г. Ставрополь, ул. Матросова, д. 65 а, тел: 8(8652) 33-33-22, ИНН/КПП 2635102591 / 263501001, ОГРН 1072635012504. Банковские реквизиты: Р/С 40702810360100010740 Ставропольское отделение №5230 ПАО СБЕРБАНК г. Ставрополь, К/С 30101810907020000615, БИК 040702615. Лицензия № Л041-01197-26/00324872 от 22.08.2016 г. "Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях анестезиологии и реаниматологии; медицинской оптике; сестринскому делу; физиотерапии; функциональной диагностике; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: офтальмологии; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.", выдана Территориальным органом Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Ставропольскому краю (355012, г. Ставрополь, ул. Голенева, 67"Б", Телефон: 8(8652) 29-61-46).

Подпись _____ (Булатов А.А.)

Договор прочитан мною лично, мне полностью понятен. Свой экземпляр Договора на предоставление платных медицинских услуг получил(а).

Пациент:

Фамилия Имя Отчество

Удостоверение личности/Паспорт серия номер паспорта выдан Кем и когда выдан Город, Улица д.№ дома

Телефон телефон

Подпись **V** _____ (Фамилия И. О.)

Акт об оказанных медицинских услугах
дата

Общество с ограниченной ответственностью «Центр лазерной коррекции зрения и хирургии катаракты «Офтальма» (ООО «Офтальма»), в лице директора Булатова Антона Анатольевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Фамилия Имя Отчество, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, оформили и подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором об оказании платных медицинских услуг № 1 от 20.03.2024 Исполнитель оказал Пациенту следующие медицинские услуги:

№	Наименование	Кол-во	Стоимость
	Наименование услуги		

Итого: _____ (_____) рублей.

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг Пациент не имеет.

Пациент:

Фамилия Имя Отчество
Удостоверение личности/Паспорт серия номер паспорта
выдан кем и когда выдан Город, Улица д.№ дома
Телефон телефон

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью «Центр лазерной коррекции зрения и хирургии катаракты «Офтальма»
Юридический/фактический адрес: 355037, г.Ставрополь,
ул. Матросова, д. 65 а
ИНН/КПП 2635102591 / 263501001
ОГРН 1072635012504
Банковские реквизиты: Р/С 40702810360100010740
Ставропольское отделение №5230 ПАО СБЕРБАНК г.
Ставрополь
К/С 30101810907020000615
БИК 040702615
Телефон 8 (8652) 33 33 22

V _____ /Фамилия И. О./

_____ (Булатов А.А.)