До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомил Пациента о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, предписаний специалистов, включая соблюдение дат приемов, соблюдение режима распорядка дня, приема лекарств, соблюдение иных ограничений, а также несвоевременное уведомление Исполнителя об имеющихся заболеваниях, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Исполнитель не является участником указанных Программ.

\_****\_\_\_\_\_ТЕСТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Подпись Пациента)

**ДОГОВОР №**

**на оказание (предоставление) платных медицинских услуг**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| г.Раменское |  |   | Дата:. |

 **Общество с ограниченной ответственностью Центр Традиционной и Восточной Медицины «Пять Элементов»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице директора Козко Н.Ю., действующего на основании Устава, с одной стороны, и\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ТЕСТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата рождения пациента, адрес пациента, моб. телефон пациента, паспортные данные пациента, электронная почта), именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

 1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинскую помощь в форме платных услуг («Услуги»), а Пациент обязуется оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов»(«Правила»), размещенными на сайте 50505.ru , в уголке потребителя и на стойке ресепшн Клиники. «Правила» являются неотъемлемой частью Договора, как если бы они были включены в его текст. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Правилами» и полностью и безусловно присоединяется к ним. Перечень и стоимость услуг указаны в Приложении № 2 к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору действительны только если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

 2. Оказание услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Клиники, по предварительной записи, по адресу 140103, г.Раменское, ул. Дергаевская, д.26**.** Запись осуществляется на свободное время врача-специалиста в соответствии с расписанием приема пациентов в выбранное Пациентом время и даты приема.

 3. Расчет за предоставляемые услуги проводятся Пациентом в полном объеме перед оказанием услуги. Оплата услуг производится путем перечисления суммы за предоставляемые услуги наличными или безналичными денежными средствами путем внесения их в кассу Исполнителя или путем перечисления их на расчетный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя. Исполнитель обязуется оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны недоговорились об ином сроке.

 4.Пациент уведомлен о том, что должен соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике, а также о том, что без взимания дополнительной платы в установленные законодательством Российской Федерации сроки Исполнителем выдаются медицинские документы (в том числе копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента 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.

 5. Оказание дополнительных медицинских услуг, не включенных в предмет Договора, оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору или нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости. Без письменного согласия Потребителя ООО ЦТ и ВМ «Пять Элементов» не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе. Письменное согласие Потребителя может быть выражено в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, подписанное Потребителем собственноручно, и Акте по выполненным работам (оказанным услугам).

 6. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась по характеру выполнения действий, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, уровень медицинской помощи не гарантирует 100% результата. Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут исключить.

 7. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до 1 года. Действие настоящего Договора автоматически пролонгируется неограниченное количество раз, на следующий календарный год при условии, что ни одна из Сторон не заявила письменно о его расторжении за один месяц до истечения его действия.

 8. При одностороннем отказе одной из сторон от Договора Пациенту возвращается уплаченный аванс (предварительная оплата) в полном объеме или, если Исполнителем фактически понесены расходы либо часть услуг оказана Заказчику полностью, аванс (предварительная оплата) подлежит возврату за вычетом соответствующих сумм.

 9. Стороны подтверждают, что при заключении Договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной форме о тех услугах, которые будут предоставлены. Все понятия, используемые в Договоре, трактуются в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во всем остальном Стороны руководствуются законодательством РФ.

 10. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу. Согласно ст.160 ГК РФ при подписании Договора и приложений к нему Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.

 11.Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора: 1. «Информированное добровольно согласие на медицинское вмешательство»; 2. «Перечень платных медицинских услуг»; 3. «Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных». 4. «Правила предоставления платных медицинских услуг ООО ЦТиВМ «Пять Элементов»».

 12. Факт государственной регистрации в ЕГРЮЛ подтвержден свидетельством серия 50 № 009045975, выдано 05 мая 2007 года Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №1 по Московской области ОГРН 1075040002399. Лицензии на осуществление медицинской деятельности Л041-01162-50/00365531, дата предоставления лицензии: 01.06.2011, выдана Министерство здравоохранения Московской области ([143407, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1](https://mz.mosreg.ru/kontakty?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F),+7 (498) 602-03-01). С содержанием лицензии можно ознакомится в приложении договора.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** **ООО ЦТ и ВМ "Пять Элементов"****Юридический адрес:** 140103, МО, г.Раменское, ул.Дергаевская, д.26 **Фактический адрес:** 140103, МО, г.Раменское, ул.Дергаевская, д.26Тел.: +7 496 46 50505 E-mail: med50505@yandex.ruОГРН: 1075040002399. ИНН 5040077087. КПП 504001001р/сч: 40702810001950000618ФИЛИАЛ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» Банка ВТБ ПАО  к/сч: 30101810145250000411**Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.Ю. Козко** | **ПАЦИЕНТ:**Паспорт гражданина РФ, серия: , выдан:, отдел, № подр.  Адрес регистрации: **\_\_\_\_\_ТЕСТ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  |