**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_\_\_\_**

**возмездного оказания медицинских услуг**

г. Реутов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

,

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., паспорт серии \_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан, г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, являющийся Законным представителем и представляющий интересы Пациента

,

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., паспорт серии \_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан, г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (проживающий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), именуемый в дальнейшем «Заказчик», «Законный представитель», «Потребитель», с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью «Эмпатия» (ОГРН 1185053008887, зарегистрированное МИ ФНС №20 по Московской области, дата внесения в ЕГРЮЛ 08.05.2018 г.), в лице Генерального директора Пановой Надежды Вячеславовны, действующее на основании Устава, далее именуемое "Исполнитель" с другой стороны, вместе также именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель при обращении Пациента в ООО «Эмпатия» обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Потребитель подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.4. Настоящий Договор заключен на срок оказания медицинской услуги. Срок оказания конкретной медицинской услуги определяется по медицинским показаниям и согласовывается Сторонами. Продление срока оказания медицинских услуг осуществляется по медицинским показаниям и оформляется дополнительным соглашением к Договору.

1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- статус: действует,

- регистрационный номер: Л041-01162-50/00342450,

- дата предоставления: 11 декабря 2018 года,

- лицензирующий орган Министерство здравоохранения Московской области, адрес: МО, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, телефон: +7 (498) 602-03-01

- перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в рамках договора: по психиатрии; психотерапии.

1.6.  Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство Заказчика (Пациента), полученного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.7. Заказчик (Пациент) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора:

- Исполнитель ознакомил Заказчика (Пациента) с Правилами предоставления медицинской организацией платных медицинских услуг;

- Исполнитель ознакомил Заказчика (Пациента) с действующим Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- Исполнитель уведомил Заказчика (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- Исполнитель уведомил Заказчика (Пациента) о важности и необходимости исполнения Пациентом назначений и рекомендаций медицинских работников ООО «Эмпатия»;

- Исполнитель уведомил Заказчика (Пациента) о том, что при расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчика (Пациента), при подтвержденном приеме пациента со стороны врача-специалиста ООО «Эмпатия», Исполнитель имеет право удержать стоимость предоплаты с учетом фактических затрат Исполнителя.

**2. Стоимость и порядок расчетов**

2.1. Исполнитель оказывает Пациенту следующие виды медицинских услуг, согласно Прейскуранту ООО «Эмпатия», в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг на основании Приказа Минздрава России от 13.10.2017 N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг":

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Номенклатурный код | Наименование услуги согласно Номенклатуре | Количество | Стоимость, руб. |
| 1 |  |  |  |  |

2.2. Перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых ООО «Эмпатия», указаны в Прейскуранте цен Исполнителя, действующем на дату составления настоящего Договора, с которым Заказчик (Пациент) может ознакомиться на информационном стенде ООО «Эмпатия» и на сайте empathycenter.ru.

2.3. Заказчик оплачивает медицинские услуги по настоящему Договору непосредственно после оказания услуг либо в порядке 100-процентой предоплаты до получения медицинской услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу или на расчетный счет Исполнителя.

2.4. По требованию Заказчика Исполнитель предоставляет смету на предоставление платных медицинских услуг.

1. **Права и обязанности Сторон**
   1. **Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации проведения медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

3.1.2. Обеспечить Заказчика (Пациента) бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

3.1.3. После исполнения Договора выдать Заказчику (Пациенту) медицинские документы (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.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению (расширению) оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.1.6. Соблюдать врачебную тайну Пациента, относительно информации, полученной при выполнении настоящего Договора, в соответствии со ст.13 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в РФ».

* 1. **Заказчик (Пациент) обязуется:**

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

3.2.2. Предоставить Исполнителю (медицинскому работнику, оказывающему платные медицинские услуги) все известные сведения о состоянии здоровья Пациента, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях, противопоказаниях к лечению и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Соблюдать Правила поведения Пациента, требования и рекомендации медицинского персонала Исполнителя, обеспечивающие качественное и своевременное предоставление медицинской услуги.

3.2.4. Своевременно сообщать о неявке Пациента на прием, об ухудшении его самочувствия при приёме лекарственных средств и выполнении назначений, об опоздании на приём, об иных обстоятельствах, имеющих непосредственное отношение к исполнению настоящего Договора в соответствии с Правилами поведения пациента в ООО «Эмпатия».

**3.3. Исполнитель имеет право:**

3.3.1. Получать от Заказчика информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

3.3.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

**3.4. Заказчик (Пациент) имеет право:**

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.5. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иную ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

**4. Ответственность Сторон**

* 1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие неопределимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.3. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком (Пациентом) за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

1. **Порядок изменения и расторжения Договора.**

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. Договор расторгается в случае отказа Заказчика (Пациента) после заключения договора от получения медицинских услуг. **Отказ Заказчика (Пациента) от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется Исполнителю.** При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

1. **Заключительные положения.**

6.1. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.2. Все споры, возникающие между Исполнителем и Заказчиком, возникающие в процессе исполнения настоящего Договора, разрешаются путем переговоров, в досудебном порядке. Если в процессе переговоров стороны не достигли согласия, споры разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6.4. В случае обнаружения факта оказания услуг ненадлежащего качества, Потребитель вправе направить Исполнителю письменную претензию по адресу электронной почты info@empathycenter.ru, через форму обратной связи на сайте организации empathycenter.ru, а также по телефону: +7 (916) 213-35-83.

6.5. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до полного исполнения сторонами обязательств по настоящему Договору.

6.6. Место оказания услуг: 143965, МО, г. Реутов, Юбилейный проспект, д.8, пом.8.

6.7. Стороны признают юридическую силу документов, подписанных с помощью факсимильного воспроизведения подписи, включая настоящий Договор, дополнительные соглашения и приложения к нему, иные документы в рамках исполнения Договора.

**7. Адреса и подписи сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  **ООО «Эмпатия»**  Юридический адрес:  143965, г. Реутов, Московская обл., Юбилейный пр-т, д. 8  ИНН 5041207300  КПП 504101001  ОГРН 1185053008887  р/с 40702810410000394483  АО «Тинькофф Банк»  К/с 30101810145250000974,  БИК 044525974  Генеральный директор  Панова Н.В., подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **ЗАКАЗЧИК:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:  Серия \_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  E-мейл: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **ПАЦИЕНТ:**  Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт:  Серия \_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |