

Приложение №1 к приказу от «08» 12.2014 г. № 1238-П
Договор на оказание платных медицинских услуг

г. Оренбург

«__» _____ 2018 г.

Гражданин (ка), _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны и Общество с ограниченной ответственностью по оздоровлению, организации отдыха и услуг в области культуры и спорта «Озон» (сокращенное наименование - ООО «Озон»), зарегистрировано Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам Дзержинского района г. Оренбурга за основным государственным регистрационным номером 1025600888114 (Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц от 22.16.2002 г.), именуемое в дальнейшем «Общество», в лице главного врача санатория-профилактория «Озон» Каревой Ирины Викторовны, действующей на основании доверенности № 688 от 28.12.17 г., с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Общество обязуется оказать Пациенту следующие медицинские услуги: _____

(далее по тексту – «Услуги»), а Пациент обязуется оплатить оказываемые услуги в порядке, установленном настоящим договором.

1.2 Назначение Пациенту Услуг производится на основании направления врача, с указанием рекомендаций по проведению процедур.

1.3 Услуги по настоящему договору оказываются Обществом на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 10.12.2015г. № ЛО-56-01-001645, выданной Министерством здравоохранения Оренбургской области, расположенным по адресу: г. Оренбург, ул. Терешковой, дом № 33 (тел. 77-45-19). Информация об услугах, составляющих медицинскую деятельность Общества, представлена на информационных стендах и размещена в сети Интернет на сайте www.oooozon.ru.

2. Права и обязанности сторон

2.1 Общество принимает на себя обязательство оказать Услуги, указанные в п. 1.1. настоящего договора, по общепринятым в мировой медицинской практике методикам.

2.2 Общество обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента, полученной в рамках исполнения настоящего договора.

2.3 Пациент обязуется оплатить Услуги в порядке, установленном настоящим договором.

2.4 Пациент обязан, до начала оказания Услуг информировать врача о перенесенных заболеваниях, об известных Пациенту аллергических реакциях, иных противопоказаниях.

2.5 Пациент обязуется соблюдать правила отпуска конкретных видов услуг, оказываемых в санатории-профилактории «Озон», выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников «Общества».

2.6 Пациент имеет право в установленном законодательством РФ порядке отказаться от исполнения настоящего договора и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Обществу понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.7 Для получения платной медицинской услуги Пациент обязан предоставить следующие документы:

- паспорт;

- СНИЛС;

- санаторно-курортную карту, установленного образца или направление лечащего врача с указанием диагноза заболевания, данных лабораторных исследований и рекомендаций по проведению процедур.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

3.1 Стоимость Услуг устанавливается действующим прейскурантом Общества в российских рублях. Прейскуранты на все виды услуг, оказываемых Обществом, представлены на информационных стендах, стойках администратора и дополнительно размещены в сети Интернет на сайте: www.oooozon.ru.

3.2 Стоимость услуг оказанных по условиям настоящего договора складывается из следующих ценовых значений конкретных видов услуг:

(_____) рублей.

_____ (_____) рублей.
_____ (_____) рублей.
_____ (_____) рублей.
_____ (_____) рублей.

3.3 Оплата Услуг осуществляется Пациентом до начала их оказания, в порядке 100% предоплаты, путем внесения наличных денежных средств в кассу Общества или посредством безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Общества.

4. Ответственность сторон

4.1 В случае неоплаты Пациентом стоимости Услуг на условиях, указанных в п. 3.2 настоящего договора, Общество имеет право приостановить исполнение своих обязательств до момента оплаты Пациентом стоимости Услуг.

4.2 Общество не несет ответственность за результаты оказания Услуг в случае несоблюдения Пациентом полученных указаний (рекомендаций) Общества (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

4.3 В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

4.4 В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Качество Услуг

5.1 Общество организует оказание услуг с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, действующим на территории Российской Федерации.

5.2 Оказание Обществом Услуги считаются исполненными с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий в период действия настоящего договора. Пациент вправе предъявить Обществу претензий в пределах двух лет по истечении срока действия данного договора в порядке, установленном п.3 ст. 29 федерального закона «О защите прав потребителей».

6. Срок действия договора

6.1 Настоящий договор вступает в юридическую силу с момента его подписания Сторонами и прекращает свое действие в календарный день, следующий за днем, в котором Пациенту была оказана последняя медицинская услуга.

6.2 Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

6.3 Настоящий договор составлен на двух листах, в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одной для каждой из сторон.

7. Адреса и реквизиты Сторон

Общество с ограниченной
ответственностью по оздоровлению, организации
отдыха и услуг в
области культуры и спорта «Озон»
ООО «Озон»
ИНН 5609026406
КПП 561001001
Российская Федерация, 460001,
г. Оренбург, ул. Чкалова, дом № 1
тел. 73-21-47, тел.факс (3532) 73-20-44
Р/с 40702810909370000148
Ф-л Банка ГПБ (АО) «Поволжский» г. Самара
к/с 30101810000000000917
БИК 043601917
ОКВЭД 86.90.4, 85.11,93.11,90.04,55.20
ОКПО 41832310
ОКТМО 53701000
ОГРН 1025600888114

_____ И.В. Карева

Пациент:
Дата рождения _____
паспорт № _____ серия _____
выдан _____

Прописан по адресу: _____

Контактный телефон: _____
№ _____ пенсионного
страхового свидетельства
Место работы _____
_____ подпись

Даю согласие на обработку, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, уничтожение без использования средств автоматизации моих персональных данных, указанных в настоящем договоре.

Подпись _____ / _____

Дата _____