До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) 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. Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

**Договор**

**на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_\_**

г. Тула «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202 г.

 Общество с ограниченной ответственностью «БоноМед» в лице директора Суббочева Павла Александровича, действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, и Гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу Гражданина (-ки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

именуемого (-ой) в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем:

**Сведения о Сторонах:**

 **Сведения об Исполнителе:**

 1. Наименование и фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «БоноМед», ООО «БМ».

 2. Адрес места нахождения: 300013, г. Тула, улица 3-я Трубная, дом 22, офис №3.

 3. Адрес места оказания медицинских услуг: 300013, г. Тула, улица 3-я Трубная, дом 22, офис №3.

 4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию**:** Свидетельство о государственной регистрации серии 71 номер 002266598,ОГРН 1127154019244, выдано межрайонной ИФНС № 10 России по Тульской области.

 5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией - наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-71-01-001879 от 07.02.2018г., выдана Министерством здравоохранения Тульской области, 300045, г. Тула, ул. Оборонная, дом 114,

тел. 31-20-33, именуемым в дальнейшем «Исполнитель», в лице лечащего врача Суббочева А.П., действующего на основании доверенности №1 от 01.04.2016.

 Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией: Доврачебная медицинская помощь по: акушерскому, сестринскому делу, при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, ультразвуковой диагностики, физиотерапии.

 Лицензия Исполнителя находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» bonomed.ru

 **Сведения о Потребителе** *(если Потребителем (пациентом) является сам Заказчик)* \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)

 Телефон Потребителя (законного представителя Потребителя): \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

 **Сведения о Заказчике**: \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства)*

Телефон Заказчика *(заполняется, если Заказчик - физическое лицо)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.3.2. Наименование, адрес места нахождения и реквизиты Заказчика (заполняется, если Заказчик - юридическое лицо) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Заказчику (Потребителю) гинекологические услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги на условиях настоящего договора и выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской гинекологической услуги (выполнять рекомендации врача-специалиста).

 Не допускается односторонний отказ или изменение условий договора, услуги, ущемляющий права потребителя, кроме случаев, предусмотренных законом.

1.2. В рамках настоящего договора оказываются услуги по гинекологии, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором в соответствии с планом лечения, составляемым врачом и фиксируются в медицинской карте Потребителя, а также определяются следующим перечнем:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование услуги | Кол-во | цена |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| Итого |  |  |  |

 Все услуги оказываются квалифицированными специалистами и на оборудовании, имеющем сертификаты и регистрационные удостоверения МЗСР РФ.

Исполнитель не в праве отказать в заключении договора, исполнении договора, направленного на оказание одних услуг, по причине отказа потребителя на приобретение других услуг.

Убытки, причинённые потребителю, вследствие нарушения его права на свободный выбор услуги, возместить в полном объёме.

1.2.1. При предъявлении потребителем требований об исключении из договора недопустимых условий договора, ущемляющих право потребителя, указанное требование подлежит рассмотрению в течение 10 дней с обязательным извещением потребителя о результатах рассмотрения и приложить мотивированное решение.

1.2.2. Для печати договора используется 14 размер шрифта, по требованию заказчика в его экземпляре он может быть увеличен.

 Из договора на платные услуги исключаются пункты и примечания с мелким шрифтом.

1.2.3 Договор на платные услуги хранится в течение 5 лет.

1.3. При заключении настоящего Договора Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о возможности получения соответствующих видов услуг и объёмов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной Правительством Тульской области. Также Заказчик (Потребитель) подтверждает, что ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

• Порядки оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях;

• Стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных гинекологических услуг;

• Информацию о враче акушере-гинекологе, оказывающем гинекологическую услугу, его профессиональном образовании и квалификации;

• Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

• Иные сведения, по требованию Заказчика (Потребителя), связанные с оказываемой услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством РФ.

1.4. Все гинекологические услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-71-01-001879 от «07» февраля 2018 года), требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**2. Обязательства сторон**

**2.1. Права и обязанности Исполнителя:**

**Исполнитель обязуется:**

2.1.1. После первичного обследования (первичной консультации) предоставить Заказчику (Потребителю) полную и достоверную информацию в устной форме:

- о возможных в конкретном случае вариантах лечения, профилактики, медикаментах, материалах и их эффективности;

- о противопоказаниях, возможных осложнениях и временном дискомфорте, которые могут возникнуть в процессе проведения гинекологической услуги и после нее;

- о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать пациенту для сохранения достигнутого результата гинекологической услуги и сохранения гарантии.

2.1.2. Информировать Заказчика (Потребителя) о гарантийных сроках лечения и эффективности лечебных методик. Устно ознакомить Заказчика (Потребителя) с Положением о гарантиях.

Исполнитель обязуется исправить за свой счет недостатки, возникшие по его вине, в течение установленного гарантийного срока.

2.1.3. Обеспечить качество гинекологической услуги с предоставлением сервисного обслуживания, с использованием современных технологий, оборудования и материалов.

2.1.4. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на каждый вид планируемых гинекологических услуг (технологий), если есть возможный, но не обязательный риск возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья Потребителя в силу специфики самой медицинской технологий. Лист информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, который подписывается Потребителем и лечащим врачом, является неотъемлемой частью медицинской карты.

2.1.5. Информировать Заказчика (Потребителя) о стоимости услуги до ее оказания.

2.1.6. По факту оказанной услуги Исполнитель предоставляет Заказчику (Потребителю) документ, подтверждающий оплату им оказанной услуги, установленного образца

 Когда договор выполнен, пациент безакцептно и бесплатно получает документы о состоянии здоровья с указанием использованных мед. изделий. (согласно п. 24 Постановления Правительства РФ № 1006).

**Исполнитель имеет право:**

2.1.7. Требовать от Заказчика (Потребителя) надлежащего исполнения обязательств по настоящему договору.

2.1.8. Самостоятельно определять график консультаций и процедур и график работы специалистов. Внесение изменений в доступный для ознакомления график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий настоящего договора.

2.1.9. Отступить от запланированного графика лечения в случае опоздания Потребителя и занятости специалиста Исполнителя, непосредственно осуществляющего лечение.

2.1.10. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом, а также при необходимости рекомендовать Потребителя для консультации к другим специалистам. Замена производится с согласия Потребителя.

2.1.11. В лице специалистов Исполнителя осуществлять выбор тактики и методики лечения, метода анестезиологического пособия, подбор материалов и медикаментов, проведение других диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, при условии необходимости их осуществления.

2.1.12. Отказать в продолжении оказания медицинской услуги в случаях грубого нарушения Заказчика (Потребителя) условий настоящего договора. При этом критерий «грубого нарушения» является исключительной компетенцией Исполнителя. Обязательна фиксация отказа в лечении и причин такого отказа в медицинской документации. Отказ от продолжения лечения возможен только при формулировании врачебных рекомендаций по дальнейшему лечению и не допускается при наличии у Потребителя острого гинекологичеcкого состояния.

2.1.13. В случае отсутствия (по объективной причине) лечащего врача акушера-гинеколога в запланированный день приёма и невозможности предупредить об этом Заказчика (Потребителя) заранее, Исполнитель вправе назначить с согласия Заказчика (Потребителя) для него другого лечащего врача, либо перенести приём на другое удобное для Заказчика (Потребителя) время.

2.1.14. Амбулаторная карта гинекологического пациента (Заказчика (Потребителя) является медицинским документом и хранится у Исполнителя 5 лет. Заказчик (Потребитель) на основании письменного заявления вправе получить Выписку из медицинской карты, а также копии медицинских документов, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**2.2. Права п обязанности Заказчика (Потребителя):**

**Обязанности Заказчика (Потребителя):**

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья. Заказчик (Потребитель) обязуется. достоверно и полно сообщить данные, имеющие отношение к анамнезу (истории) жизни, анамнезу (истории) заболевания, информировать обо всех перенесённых ранее заболеваниях, включая хронические, неинфекционные и венерические, всех видах аллергических реакций, имеющихся нервно-психических расстройствах (эпилепсия и проч.), ВИЧ-инфицировании (СПИД), сахарном диабете, имеющихся патологических и физиологических зависимостях (алкоголь, наркотики), имевшихся ранее и имеющихся заболеваниях крови (анемия и проч.), а также имевшихся длительных кровотечениях, ревматических заболеваниях, врождённых или приобретённых пороках сердца, сердечно-сосудистых заболеваниях, нарушениях сердечного ритма (сердечная недостаточность; коронарная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, гипотоническая болезнь, инфаркт), иных сосудистых заболеваниях (инсульт, артериосклероз и проч.), наличии сердечного стимулятора или протеза клапана сердца, травмах, заболеваниях органов дыхания, придаточных пазух носа, иных особенностях анамнеза жизни и заболеваниях, имеющих значение для гинекологического лечения, включая информацию о постоянно принимаемых препаратах.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации специалистов Исполнителя для достижения и сохранения результатов оказания гинекологических услуг. Сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии своего здоровья на очередном приеме.

2.2.3. Удостоверить личной подписью: информированное добровольные согласия и устно предложенный план лечения, медицинские вкладыши с назначениями и рекомендациями.

2.2.4. Являться на консультации, назначенные процедуры и профилактические осмотры вовремя. При невозможности явиться на консультацию, процедуру или осмотр предупредить Исполнителя (лечащего врача или администратора) не позднее, чем за одни сутки до начала консультации (процедуры, осмотра) в часы работы Исполнителя.

2.2.5. При необходимости временной приостановки лечения более чем, на семь дней уведомить Исполнителя в форме, позволяющей объективно установить факт отправки уведомления Заказчиком (Потребителем) и факт получения уведомления Исполнителем.

2.2.6. Оплатить гинекологические услуги, включая дополнительные гинекологические услуги, вызванные двусторонне согласованным изменением плана лечения, в срок и в размере, установленные настоящим Договором.

2.2.7. Строго соблюдать порядок и режим, установленные в помещении Исполнителя.

2.2.8. Оплатить оказанные услуги в полном объеме в порядке, предусмотренным разделом 5 настоящего договора.

2.2.9. Сообщить врачу достоверные сведения о состоянии своего здоровья, необходимые для правильной постановки диагноза и выбора плана лечения.

2.2.10. Во время лечения являться на запланированные визиты к гинекологу в точно указанное время, исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача. В том числе данные врачом в устной форме во время лечения и по его окончании.

2.2.11. Выполнять условия, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая письменное сообщение необходимых для этого сведений, содержащихся в анкете о состоянии здоровья, и паспортной/опросной части медицинской карты Заказчика (Потребителя).

2.2.12. Проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь параллельно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения не будут иметь основание.

2.2.13. В случае возникновения в течение гарантийного срока любых болевых ощущений или осложнений, немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждения.

2.2.14. По окончании лечения являться для контрольных осмотров по графику, согласованному с лечащим врачом, выполнять рекомендации врача.

**Заказчик (Потребитель) имеет право:**

2.2.15. Получить достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья.

2.2.16. Получить максимально полную информацию о предоставляемых гинекологических услугах порядок и условия её оказания, сведения о специалисте, предоставляющем услугу и т.д.).

Пациент имеет право потребовать нужную ему информацию в письменном виде, а исполнитель праве устанавливать плату за такую услугу.

2.2.17. Ознакомиться с документами, подтверждающими право Исполнителя на оказание

медицинских услуг.

2.2.18. На сохранение в тайне информации о своем здоровье и факте обращения к специалисту акушеру-гинекологу.

 2.2.19. Потребитель праве требовать предоставления информации о конкретных причинах и правовых основаниях, определяющих невозможность заключения, исполнения, изменения или расторжения договора без предоставления персональных данных, исполнитель должен предоставить такую информацию в течение 7 дней со дня предъявления указанного требования. Форма указывается потребителем, но в устной форме такая информация должна быть представлена незамедлительно.

**3. Условия и сроки предоставления платных гинекологических услуг**

3.1. Платные гинекологические услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления

Потребителя (законного представителя Потребителя) и согласия Заказчика приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Заказчика.

3.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации; лицензией на медицинскую деятельность (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-71-01-001879 от «07» февраля 2018 года), порядками, стандартами (в полном объёме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств - по соглашению сторон) и других документов, в соответствии с действующим законодательством РФ.

3,.3. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за помощью при гинекологических заболеваниях.

3.4. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагноз, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при предоставлении платных медицинских услуг. лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.5. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

3.6. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые: могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг. В случае невыполнения данного условия Исполнитель не несёт, ответственности за ухудшение качества, оказываемой услуги или состояния здоровья Потребителя, вызванной несовместимостью лечения с изменениями здоровья, о которых Исполнитель не был извещён.

3.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя).

 3.8. Заказчик (Потребитель) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных. Заказчика (Потребителя), в объеме и способами, указанными в п. 1; 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-Ф3 «О персональных данных»; для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

3.9. Услуги оказываются непосредственно после изъявления Заказчиком желания ее получить и подписания настоящего договора, либо в срок, который Заказчик установил, как дату своего прихода на прием (запись по телефону). Длительность оказания услуги и ее периодичность (кратность) определяется, исходя из медицинских показаний, в каждом конкретном случае индивидуально.

**4. Качество услуг и гарантийные обязательства**

4.1. Медицинская гинекологическая услуга считается оказанной качественно при условии, что была строго соблюдена технология ее оказания.

4.2. Осложнения, наступившие после оказания гинекологической услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Потребителем рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, временные ограничения в привычном образе жизни, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.3. Возможные дискомфорта, вызванные спецификой гинекологических методик; являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых: Заказчик (Потребитель) был заранее предупреждён специалистом в устной форме, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю

4.4. Определить для Заказчика (Потребителя) 1 месяц гарантии на оказываемые услуги, объяснив обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель: будет выполнять свои обязательства. Гарантийные обязательства Исполнителя не сохраняются в случае выявления или возникновения у Заказчика (Потребителя) в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов; а также изменений физиологического состояния организма (вследствие беременности, длительного приема лекарственных препаратов, вредных внешних воздействий), которые напрямую или косвенно приводят к изменению иммунитета.

**5. Стоимость услуг и порядок расчетов**

5.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта, в соответствии с объемом оказанных услуг и выполненных работ.

Стоимость конкретных платных гинекологических услуг, предоставляемых Потребителю, указывается (содержится) также в п. 1.2.настоящего Договора,устанавливается действующим прейскурантом цен и составляет:\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_коп.(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

5.2. При лечении, при проведении хирургических операций расчёт проводится в конце каждого посещения, при этом Заказчик (Потребитель) выплачивает Исполнителю сумму, эквивалентную проведённым в данное посещение манипуляциям, оказанным услугам.

5*.3.*В процессе лечения может возникнуть необходимость в его корректировке (изменении), связанной с возникновением непредвиденных ситуаций (общие и местные реакции организма на введение стоматологических материалов, новые обстоятельства, выявленные в процессе разных видах диагностики и т.д.). Эти корректировки, безусловно, могут оказывать влияние на общую стоимость. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Заказчику (Потребителю). При этом Заказчик (Потребитель) вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесенные расходы. Если Заказчик (Потребитель) письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях.

5.4. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

5.5. В случае несвоевременной оплаты этапов лечения, Заказчик выплачивает пени в размере 0,3% от общей стоимости работ за каждый день просрочки платежа.

5.6. Исполнитель разъясняет, а Заказчик (Потребитель) понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего Договора, возврату через страховую компанию либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.7. По требованию Исполнителя, Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

**6. Ответственность сторон и порядок разрешения споров**

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Исполнитель и Заказчик (Потребитель) несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Все возникшие разногласия стороны будут стремиться разрешить путем переговоров.

6.3. Все споры разрешаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством. Территориальная подсудность споров определяется в соответствии с законодательством РФ.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика (Потребителя) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Потребителем, назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома, отказа Заказчика (Потребителя) от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Потребителя общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Потребителем и, вследствие этого, неучтённых лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Потребителя индивидуальной непереносимости и (или) патологической токсической реакции на медикаментозные средства и (или) материалы, выявленные в процессе оказания гинекологической услуги. Кроме того, Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, не связанных с нарушением Исполнителем методик диагностики, профилактики и лечения, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведённых в другом медицинском учреждении или самим Потребителем;

6.5. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, военных действий, решении органов государственной власти и суда, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

**7. Порядок изменения и расторжения договора**

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении Договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесённые Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

**8. Срок действия договора и иные условия**

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и завершается получением Потребителем Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам диагностического обследования или выписка из амбулаторной карты).

8.2. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются одним физическим лицом (совпадают), Договор составляется в 2 (двух) экземплярах. При этом все условия Договора, относящиеся как к Заказчику, так и к Потребителю (пациенту) - относятся к одному лицу- к Заказчику. В случае, если Заказчик и Потребитель (пациент) являются разными лицами (не совпадают), Договор составляется в 3 (трех) экземплярах.
 8.3. Договор составлен в двух/трех (ненужное зачеркнуть) экземплярах, по одному - для каждой из Сторон.
 8.4. До заключения Договора Исполнитель уведомил в письменной форме Заказчика (Потребителя) 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. \_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО и подпись Потребителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО и подпись Заказчик)

**9. Адреса и подписи сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**ООО «БоноМед»Адрес: 300013, г. Тула, ул. 3-яТрубная, дом 22, офис № 3ИНН 7104518382ОГРН 11271540119244ОК*ПО* 12444854*P/c40702810300011202067**в Филиал «Тульский»ООО КБ «Аресбанк» г Тула* *K/c30101810300000000792**БИК 047003792***Исполнитель:**Директор Суббочев П.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Потребитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Заказчик:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Акт № 1

О выполнении договора № от

О предоставлении платных медицинских услуг в ООО «БоноМед»

 Исполнитель в лице Суббочева А.П., действующего на основании Доверенности №1 от 01.04.2016г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Составили акт о нижеследующем: Исполнитель принятые на себя обязательства по платным медицинским услугам выполнил в полном объеме, претензий по качеству медицинских услуг нет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**ООО «БоноМед»Адрес: 300013, г. Тула, ул. 3-яТрубная, дом 22, офис № 3ИНН 7104518382ОГРН 11271540119244ОК*ПО* 12444854*P/c40702810300011202067**в Филиал «Тульский»ООО КБ «Аресбанк» г Тула* *K/c30101810300000000792**БИК 047003792***Исполнитель:**Директор Суббочев П.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Потребитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Заказчик:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Акт № 1

О выполнении договора № от

О предоставлении платных медицинских услуг в ООО «БоноМед»

 Исполнитель в лице Суббочева А.П., действующего на основании Доверенности №1 от 01.04.2016г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Составили акт о нижеследующем: Исполнитель принятые на себя обязательства по платным медицинским услугам выполнил в полном объеме, претензий по качеству медицинских услуг нет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель:**ООО «БоноМед»Адрес: 300013, г. Тула, ул. 3-яТрубная, дом 22, офис № 3ИНН 7104518382ОГРН 11271540119244ОК*ПО* 12444854*P/c40702810300011202067**в Филиал «Тульский»ООО КБ «Аресбанк» г Тула* *K/c30101810300000000792**БИК 047003792***Исполнитель:**Директор Суббочев П.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Потребитель:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Потребитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Заказчик:**Фамилия Имя \_\_\_\_\_\_\_ Отчество  Паспорт (номер) Дата выдачи Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |