**Уведомление о последствиях несоблюдения указаний**

**(рекомендаций) Исполнителя**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (Ф.И.О. (Заказчика/Пациента) настоящим подтверждаю, что до заключения договора уведомлен Исполнителем о последствиях несоблюдения его указаний и рекомендаций. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний и 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 Пациента (в соответствии с п. 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Постановление Правительства № 736 от 11.05.2023 г.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20

(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**Уведомление о гарантиях бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по полису ОМС.**

ООО «МОРСЕль» уведомляет о том, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи, предоставляемые ООО «МОРСЕль», Заказчик/Пациент может получить без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в других медицинских организациях, являющихся участниками указанных программ.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20

(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

**ДОГОВОР**

**ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № 01**

**01 января 2025г.**

**Общество с ограниченной ответственностью «МОРСЕль»** в лице директора Ибрагимовой Марины Геннадьевны, действующей на основании Устава, в дальнейшем именуемый Исполнитель, с одной стороны, и Потребитель, в дальнейшем именуемый Заказчик/Пациент с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**ФИО Заказчика** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО Пациента**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1. Предмет договора**

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику/Пациенту на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации), а Заказчик/Пациент обязуется их оплатить.

Конкретный перечень услуг, их объем, стоимость, сроки и порядок оплаты согласовываются Исполнителем и Пациентом/заказчиком отдельно, в каждом конкретном случае по мере обращения к Исполнителю

1.2. Сведения об Исполнителе:

- наименование и фирменное наименование

**ООО «МОРСЕль»**

- адрес места нахождения

**622911, Свердловская область, Пригородный район, село Николо – Павловское, улица Северная корпус 5А**

- адрес осуществления деятельности

**622911, Свердловская область, Пригородный район, село Николо – Павловское, улица Северная корпус 5А**

- адрес сайта: [**www.morsel-nt.ru**](http://www.morsel-nt.ru)

- адрес электронной почты: **stms@ morsel -nt.ru**

- ОГРН **1056601255996**

- ИНН **6623023769**

- лицензия на медицинскую деятельность **№ Л041-01021-66/00331453**,

**от 17 мая 2019г**., действующая бессрочно, выданная по следующему перечню работ (услуг):

**Первичная доврачебная медико - санитарная помощь в амбулаторных условиях по специальности:** рентгенология, стоматология, стоматология ортопедическая, сестринское дело, стоматология профилактическая

**Первичная специализированная медико - санитарная помощь в амбулаторных условиях по специальности:** стоматология терапевтическая, стоматология ортопедическая, стоматология хирургическая, стоматология детская, ортодонтия, стоматология общей практики, организация здравоохранения и общественное здоровье, эпидемиология;

**При проведении медицинских экспертиз:**

работы и услуги по экспертизе временной нетрудоспособности

1.3. Услуги по настоящему договору оказываются по предварительной записи.

**2. Права и обязанности сторон**

**Исполнитель обязан:**

2.1.1. Предоставить Заказчику/Пациенту полную и достоверную информацию об оказываемой медицинской услуге, о медицинском персонале, оказывающем медицинские услуги, предполагаемых результатах лечения и возможных осложнениях.

2.1.2. До начала лечения предложить пациенту ознакомиться, и подписать информированное добровольное согласие (ИДС) на каждый вид планируемого медицинского вмешательства.

2.1.3.Оказать Заказчику/Пациенту медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с [порядками](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100003&field=134&date=11.08.2023) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) на основе [клинических рекомендаций](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100123&field=134&date=11.08.2023);

г) с учетом [стандартов](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100005&field=134&date=11.08.2023) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Исполнитель обязан обеспечить неразглашение информации, составляющей врачебную тайну, в соответствии со статьёй 13 ФЗ от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

2.1.5. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

**Заказчик/Пациент обязан:**

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Заботиться о сохранении своего здоровья.

2.2.4. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.2.5. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, а также соблюдать Правила поведения пациента, установленные в медицинской организации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2.6. Являться на запланированные визиты в точно указанное время.

**Исполнитель имеет право:**

2.3.1. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (специалиста, на прием к которому записан Заказчик/Пациент) или в случае возникновения чрезвычайных ситуаций в день приема, по согласованию с Заказчиком/Пациентом перенести назначенный прием, согласовав новую дату и время.

2.3.2. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае их неоплаты (несвоевременной оплаты) Заказчиком/Пациентом в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия нуждаемости в экстренной медицинской помощи.

2.3.3. На медицинскую технологию, имеющую овеществленный результат, Исполнитель имеет право установить гарантийный срок и (или) срок службы, при этом Исполнитель определяет для Заказчика/Пациента обстоятельства, которые позволяют установить указанные сроки, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои гарантийные обязательства. Данная информация изложена в Положении о сроках гарантии и сроках службы, с которыми Заказчик/Пациент обязуется ознакомиться на сайте Исполнителя до подписания настоящего договора.

2.3.4. Устанавливать стоимость услуг в прейскуранте.

**Заказчик/Пациент имеет право:**

2.4.1. По его требованию на получение полной и достоверной информации в доступной форме:

- о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие. Данная информация может быть получена, в том числе, путем ознакомления с медицинской документацией, а также путем получения копий медицинских документов, выписок из медицинской документации с указанием необходимого объема информации по письменному требованию Пациента/Заказчика.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания услуг.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего получения услуг, подписав при этом добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны последствия принимаемого решения для его жизни и здоровья. В случае отказа Заказчиком/Пациентом от получения услуг договор расторгается, при этом Заказчик/Пациент обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача.

2.4.5. Получать документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги, справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

**3. Цена услуг и порядок расчётов**

3.1. Стоимость медицинских работ (услуг), выполненных по настоящему договору, определяется в соответствии с объёмом работ на основании прейскуранта цен на платные медицинские услуги, утверждённые Исполнителем.

3.2. Оплата услуг, выполненных по настоящему договору, производится в рублях наличным расчетом в кассу или безналичным платежом на счет Исполнителя. Заказчику/Пациенту в соответствии с законодательством РФ выдается документ (кассовый чек), подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг.

3.3. Оплата медицинских услуг (выполняемых работ) производится Заказчиком/Пациентом в следующем порядке:

- При лечении, хирургическом вмешательстве, проведении гигиенических манипуляций и ортодонтическом лечении непосредственно после оказания услуг (в конце каждого посещения).

- При проведении ортопедического лечения предусмотрена поэтапная оплата: 50% стоимости лечения оплачивается до момента оказания услуг (выполнения работ), окончательный расчет после установки ортопедической конструкции в полость рта (после выполнения работы).

3.4. Оплата услуг также может производиться за счет средств областного материнского (семейного) капитала частично или полностью.

3.5. В процессе лечения может возникнуть необходимость в изменении плана лечения, влияющая на стоимость медицинских услуг. Исполнитель обязан незамедлительно сообщить об этом Заказчику/Пациенту. При этом Заказчик/Пациент вправе отказаться от дальнейшего лечения и расторгнуть договор, возместив Исполнителю фактически понесённые расходы. Если Заказчик/Пациент письменно не возражает, лечение продолжается на новых условиях, после согласования перечня медицинских услуг, сроков и стоимости.

**4. Ответственность сторон**

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом/Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациенту/Заказчику в результате оказания медицинских услуг ненадлежащего качества в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Письменные обращения (жалобы) могут быть направлены Пациентом/Заказчиком заказным письмом или посредством электронной почты по адресам Исполнителя, указанным в настоящем договоре. Ответ на обращение (жалобу) направляется Исполнителем в адрес Пациента/Заказчика заказным письмом, либо выдается непосредственно на руки Пациенту/Заказчику при его обращении к Исполнителю.

4.3. Пациент/Заказчик несет ответственность за неисполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с законодательством РФ.

4.4. Если Пациент/Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги, либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков (в соответствии с абз. 2 ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

**5. Срок выполнения работ**

5.1. Срок выполнения работ (оказания услуг) по настоящему договору определяются Исполнителем по согласованию с Заказчиком/Пациентом после проведения обследования состояния Заказчика/Пациента.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики, лечения и реабилитации (к медицинской технологии).

**6. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.**

6.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами и действует в течение одного календарного года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора не позднее, чем за две недели до его окончания, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год на тех же условиях.

6.2. Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию сторон.

6.3. Договор может быть расторгнут по решению Пациента/Заказчика при отказе от получения Услуг, при этом Пациент/Заказчик оплачивает все фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.

6.4. Договор может быть изменен только по соглашению сторон.

**7. Дополнительные условия.**

7.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

7.2. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. До подписания настоящего договора Пациент/Заказчик ознакомился на информационном стенде или на сайте Исполнителя с Прейскурантом; Правилами поведения пациента; положениями и порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами; с информацией о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель ООО «МОРСЕль»**  **Юридический адрес:**  622911, Свердловская область, Пригородный район,  село Николо – Павловское, улица Северная корпус 5А  **ИНН:** 6623023769  **КПП:**662301001  **ОГРН:**1056601255996  **Р/сч:** 0702810616540045013 в  Уральском Банке ПАО «Сбербанк» России г. Екатеринбург  **К/с**: 30101810500000000674  БИК: 046577674  **Директор**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Ибрагимова М.Г.  м.п. | **Заказчик / Пациент**  **Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Паспорт номер\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  дата выдачи \_\_\_\_. \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_ г.  выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  адрес места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 г. |