*До заключения настоящего договора Заказчик уведомлен:*

* *о возможности получения медицинской помощи в рамках* [*программы*](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=141711&dst=100068&field=134&date=26.02.2025) *государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*
* *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 Заказчика.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) Ф.И.О.

**Договор № \_\_\_\_\_**

**оказания платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(Ф.И.О.)*,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_адрес места

жительства, паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*серия и номер*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*кем выдан*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*дата выдачи*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*код подразделения*),

телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с одной стороны и **Центр патологии позвоночника А.Н. Бакланова**, в лице Бакланова Андрея Николаевича, адрес места осуществления медицинской деятельности: 109117, г. Москва, просп. Волгоградский, д. 99, корп.4, ОГРНИП 310774630100427, лицензия на осуществление медицинской деятельности от «15» сентября 2016 г. № ЛО-77-01-013128, срок действия лицензии: бессрочно, при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной медико – санитарной помощи, организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико – санитарной помощи в амбулаторных условиях по: нейрохирургии, травматологии и ортопедии, выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемый в дальнейшем «**Исполнитель**», с другой стороны, совместно именуемые «**Стороны**», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
2. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Заказчику услуги согласно перечню видов медицинской деятельности, осуществление которых разрешено Исполнителю лицензией, а Заказчик обязуется своевременно оплатить указанные услуги.
3. Исполнитель оказывает услуги Заказчику, исходя из состояния здоровья Заказчика на момент заключения настоящего договора. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает то, что он ознакомился с Прейскурантом Исполнителя, имел возможность задать интересующие вопросы и получил на них ответы.
4. Заказчик подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным [законом](http://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=494972&date=25.02.2025) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.
5. Заказчик соглашается на предоставление платных медицинских услуг в полном объеме стандарта медицинской помощи в виде осуществления консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
6. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: 109117, г. Москва, просп. Волгоградский, д. 99, корп.4.
7. **ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. Исполнитель обязуется:
      1. Предоставлять платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
      2. Организовывать медицинское обслуживание в соответствии с графиком работы Исполнителя.
      3. Соблюдать врачебную тайну.
   2. Исполнительимеет право:
      1. Запрашивать у Заказчика сведения и документы (в том числе о предыдущем лечении в других медицинских организациях), персональную информацию в объеме, необходимом для оказания качественной медицинской услуги.
      2. Отказать в приеме Заказчику в случаях, если требуемые Заказчиком услуги не входят в Перечень услуг, оказываемых Исполнителем.
      3. Отказать в проведении последующих лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций и требований врача, оказывающего платные медицинские услуги, а также при выявлении противопоказаний к их применению.
      4. Назначить другого врача при отсутствии, лечащего по объективным причинам (болезнь, отпуск и т.п.) для продолжения лечения с согласия Заказчика или перенести прием на удобный для Заказчика день.
   3. Заказчик обязуется:
      1. До подписания настоящего Договора ознакомиться с информацией, непосредственно связанной с исполнением условий настоящего договора, Прейскурантом исполнителя.
      2. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг о состоянии своего здоровья.
      3. Своевременно оплачивать Исполнителю платные медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.
      4. Строго соблюдать и выполнять назначенные врачом профилактические и лечебные мероприятия.
      5. Бережно относиться к имуществу Исполнителя.
      6. Заказчик подтверждает
   4. Заказчик имеет право:
      1. Получать платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
      2. Ознакомиться с информацией о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатов оказания медицинской помощи, сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации на сайте: <https://backlanov.ru>, а также информационном стенде.
      3. Получать от Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, методах рекомендуемых обследований и иных действий, об их возможных осложнениях. Выдача копий и/или выписок из медицинской карты Заказчика, осуществляется по требованию Заказчика в порядке и сроках, установленных Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 780н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них». Выдача Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние здоровья Заказчика 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, без взимания дополнительной платы осуществляется по адресу места нахождения Исполнителя на основании графика работы Исполнителя. При наличии несогласия Заказчика с результатом оказанных услуг все письма и обращения направляются Заказчиком на электронную почту Исполнителя: [spine@backlanov.ru](mailto:spine@backlanov.ru).
8. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ** 
   1. Условия, объем и характер медицинских услуг устанавливаются на основании предварительного диагноза и могут быть согласованы путем подписания Сторонами Дополнительного соглашения к Договору.
   2. Условием предоставления платных медицинских услуг является оплата, которая производится в соответствии с действующим на день оплаты Прейскурантом путем внесения денежных средств Заказчиком в кассу Исполнителя, с выдачей Заказчику документов, подтверждающих произведенную оплату медицинских услуг.
9. **ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**
   1. Медицинские услуги оказываются Заказчику по предварительной записи по телефону через регистратуру Исполнителя посредством телефонной, и иной связи, включая возможность записи на прием через Интернет по адресу: <https://backlanov.ru>. Телефон регистратуры: +7 (499) 746-99-50, +7 (905) 357-78-49, +7 (916) 616-16-03. Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг с момента внесения денежных средств Заказчиком.
   2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Заказчика, данного им в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.
   3. Сроки и условия ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от состояния здоровья Заказчика в момент оказания услуги и помимо прочего могут устанавливаться поэтапно согласно подписанному дополнительному соглашению между сторонами.
   4. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в соответствии с требованиями к осуществлению медицинской деятельности, в том числе порядками и стандартами медицинской помощи, установленными законодательством РФ.
10. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
    1. Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
    2. В случае самолечения, лечения не по рекомендациям медицинского работника, оказывающего медицинские услуги, Исполнителя или самовольного обращения Заказчика в другую медицинскую организацию, Исполнитель не несет ответственности за результаты лечения.
11. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**
    1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует один год. Договор может быть изменен по соглашению Сторон в течение срока его действия.
    2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
    3. Обо всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.
12. **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**
    1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны всеми Сторонами.
    2. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает свое ознакомление и согласие с Прейскурантом на медицинские услуги, условиями и порядком их оказания, оплаты.
    3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
    4. Все возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством РФ.
13. **АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Заказчик** | **Исполнитель** | |
| **ФИО:** | Центр патологии позвоночника А.Н. Бакланова в лице ИП Бакланова Андрея Николаевича | |
|  | ИНН: 026603739268 | |
|  | ОГРНИП 310774630100427 | |
|  | Расчетный счет: 40802810938000059428 | |
|  | Банк: ПАО Сбербанк | |
|  | БИК банка: 044525225 | |
|  | Корр. счет банка: 30101810400000000225 | |
|  | ИНН банка: 7707083893 | |
|  | КПП банка: 773643001 | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_м.п. | |
|  | | |  |
|  | | |  |