

Договор на оказание платных медицинских услуг

г. {Город}

«{Д}» {М} {Г} года

ООО «Линзмастер», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице директора магазина {Ф.И.О. директора магазина}, действующего на основании доверенности от {Дата доверенности} г. № {Номер доверенности}, с одной стороны, и законный представитель {Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего}, действующий от имени и в интересах несовершеннолетнего {Ф.И.О. несовершеннолетнего} (дата рождения «{НД}» {НМ} {НГ} г.), именуемый в дальнейшем Потребитель, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги:

{D1} **Первичный прием (детская офтальмология) (B01.029.001 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный)**, стоимость 3000 рублей;

{D2} **Повторный прием (детская офтальмология) (B01.029.002 Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога повторный)**, стоимость 2000 рублей;

{D3} **Примерка контактных линз (Консультация) (A03.26.010 Определение параметров контактной коррекции)**, стоимость 400 рублей;

{D4} **Проверка глазного давления (A02.26.015 Офтальмотонометрия)**, стоимость 700 рублей;

{D5} **Кератотопография (A12.26.019 Видеокератотопография)**, стоимость 800 рублей;

{D6} **Оптическая пахиметрия (A03.26.011 Кератопахиметрия)**, стоимость 1100 рублей;

{D7} **Оптическая биометрия (A05.26.007 Оптическая биометрия глаза)**, стоимость 1200 рублей;

{D8} **Оптическая когерентная томография глазного дна (A03.26.019.002 Оптическое исследование заднего отдела глаза с помощью компьютерного анализатора)**, стоимость 1200 рублей;

{D19} **Экспресс-диагностика зрения у детей в мягких контактных линзах (A02.26.004-Визометрия, A03.26.001-Биомикроскопия глаза)**, стоимость 0 рублей (*выбранное отметить*), а Потребитель обязуется принять и оплатить оказанные услуги.

1.2. Место оказания услуг – обособленное подразделение Исполнителя, магазин оптики по адресу: {Адрес магазина}.

1.3. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01162-50/00563381. Лицензирующий орган: Департамент здравоохранения города Москвы. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги) (*выбранное отметить*):

{U1} при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике;

{U2} при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: офтальмологии.

1.4. На момент подписания настоящего Договора Потребитель проинформирован, что Исполнитель не участвует в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также уведомлен о порядке и возможности бесплатной медицинской помощи на территории РФ, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

2. Сроки и порядок оплаты медицинских услуг

2.1. Оплата медицинских услуг производится Потребителем в день оказания медицинских услуг в полном объеме путем внесения наличных денежных средств в кассу или с использованием платежной банковской карты по выбору Потребителя.

3. Условия и сроки ожидания медицинских услуг

3.1. Медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя.

3.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

3.3. Медицинская помощь при предоставлении медицинских услуг организуется и оказывается:

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

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.4. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

3.5. Исполнитель после исполнения договора выдает Потребителю медицинские документы без взимания дополнительной платы.

3.6. Медицинская услуга предоставляется в день заключения договора.

4. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Потребитель несет ответственность за нарушение условий договора об оплате медицинских услуг в соответствии с законодательством России.

5. Порядок изменения и расторжения договора

5.1. Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

5.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6. Заключительные положения

6.1. При заключении настоящего договора Потребителю предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях;

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

6.2. Потребитель вправе направить обращение (жалобу) Исполнителю в письменном виде по адресу места оказания медицинских услуг (нарочно), либо направить в письменном виде по адресу: 125167, г. Москва, ул. Викторенко, д. 5 стр. 1, 5 этаж, либо в электронном виде на адрес электронной почты: info@lensmaster.ru.

6.3. При предъявлении Потребителем требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации "О защите прав потребителей".

6.4. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

7. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ООО «Линзмастер»
Адрес местонахождения: 111250, г. Москва, проезд
Завода Серп и Молот, д. 6, корп. 1, этаж 3 301
ОГРН 1027739829281
ИНН 7707245632

Потребитель:

{Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего}
Адрес места жительства:
{Адрес места жительства законного представителя
несовершеннолетнего (для договора)}
Иные адреса, на которые (при их указании в договоре)
Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения:
{Иные адреса}

Данные документа, удостоверяющего личность законного
представителя:

{Паспортные данные}

Телефон: {Телефон законного представителя
несовершеннолетнего}

{Ф.И.О. законного представителя
несовершеннолетнего}

{Ф.И.О. директора магазина}

Ф.И.О. (полностью)

Подпись

**Ф.И.О. законного представителя
несовершеннолетнего (полностью)**

Подпись

**Уведомление потребителя о несоблюдении назначений
(рекомендаций) медицинского работника при оказании платных медицинских услуг**

В соответствии с п. 24 Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. N 1006", ООО «Линзмастер» (111250, г. Москва, проезд Завода Серп и Молот, д. 6, корп. 1, этаж 3 301, ОГРН 1027739829281, ИНН 7707245632) настоящим уведомляет Вас о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения Договора на оказание платных медицинских услуг.

"{Д}" {М} {Г} г.

{Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего}

(Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего)

(подпись)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, {Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего}

«{ПД}» {ПМ}

г. рождения

{ПГ}

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя
несовершеннолетнего)*

*(дата рождения законного
представителя
несовершеннолетнего)*

зарегистрированный по адресу: {Адрес регистрации законного представителя несовершеннолетнего}

(адрес регистрации законного представителя несовершеннолетнего)

проживающий по адресу: {Адрес места жительства законного представителя несовершеннолетнего}

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении, {Ф.И.О. несовершеннолетнего}

«{НД}» {НМ}

г. рождения

{НГ}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) несовершеннолетнего)

*(дата рождения
несовершеннолетнего)*

проживающего по адресу: {Адрес места жительства несовершеннолетнего}

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н, для получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь, в ООО «Линзмастер» по адресу: {Адрес магазина}.

Медицинским работником {Должность медицинского работника}, {Ф.И.О. медицинского работника}

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь, в том числе после смерти:

{Ф.И.О. (состояние здоровья)}, {Телефон (состояние здоровья)}

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

{Ф.И.О. законного представителя несовершеннолетнего}, {Телефон законного представителя несовершеннолетнего}

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя несовершеннолетнего, телефон)

{Ф.И.О. медицинского работника}

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

"{Д}" {М} {Г} г.

(дата оформления)