

ДОГОВОР № _____
о предоставлении платных медицинских услуг
в медико-диагностическом комплексе ООО «Институт Здоровья»

г. Люберцы

« ____ » _____ 20__ г.

Медицинский диагностический комплекс ООО «Институт Здоровья» в лице генерального директора Трудаева М.Е. действующего на основании Устава, именуемый в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны, _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Предоставление Заказчику услуг магнитно-резонансной томографии.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику данную медицинскую услугу в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.
- 2.2. Заказчик обязуется оплатить услугу исходя из ее стоимости в соответствии с утвержденным Прейскурантом.
- 2.3. Заказчик обязан выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГИ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость услуги в соответствии с Прейскурантом
- 3.2. Заказчик оплачивает услугу путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или внесения в кассу наличных денег.
- 3.3. Исполнитель обязан выдать Заказчику кассовый чек, подтверждающий прием наличных денег.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам профилактики, диагностики и лечения, а также за причинение вреда здоровью и жизни пациента.
- 4.2. В случае несоблюдения Исполнителем обязательств по срокам их предоставления, Заказчик по своему выбору вправе: потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; потребовать выполнения услуги другими специалистами; расторгнуть договор и потребовать возврата внесенных сумм денежных средств и возмещения убытков.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Договор заключается на срок, обеспечивающий сторонами полное исполнение обязательств.
- 5.2. Досрочное расторжение договора возможно в случае неисполнения или ненадлежащего исполнения сторонами его условий.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

- 6.1. Все споры, возникающие между Исполнителем и Заказчиком, разрешаются по соглашению сторон или в судебном порядке, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. АДРЕСА СТОРОН

Адрес: РФ, Московская область, г. Люберцы, Комсомольский проспект, дом № 11 «Б»
ОКАТО – 46231501000, ОКВЭД – 85.11; 85.12;85.14
5027166669, КПП 502701001 ОГРН 1105027011847
Телефон/факс 8-495-565-41-50
Р/сч. № 40702810600000004667 в АК ФБ Инноваций и развития (ЗАО),
к/сч. № 3010181000000000104, БИК 044583104.
Адрес Банка: г. Москва, ул. Ткацкая, д. 11
Генеральный директор Трудаев М.Е. _____

Ф.И.О. _____
Место жительства: _____
Паспорт: № _____, серии _____
Подпись _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

на проведение обследования в медицинском диагностическом комплексе ООО «Институт Здоровья»

г. Люберцы

Я,

(Ф.И.О лица, которому проводится исследование, либо лица, обладающего правами доверенного)

НАСТОЯЩИМ ДОКУМЕНТОМ ПОДТВЕРЖДАЮ СЛЕДУЮЩЕЕ:

1. Мне в доступной форме была сообщена информация о предстоящем диагностическом исследовании: сущность процедуры, ее стоимость и возможные осложнения, связанные с нарушением рекомендаций персонала медицинского центра.
2. Мне разъяснено, что МР-томография может быть достаточно информативной, только в случае выполнения мной определенных условий. А именно, во время исследования не должно присутствовать металла в элементах одежды, кардиостимулятора, металлических протезов, ферромагнитных клипс на сосудах и внутренних органах (за исключением титана и тантала), внутренних ушных имплантатов, имплантированного стимулятора спинного мозга, аппарата Илизарова из магнитных материалов, металлических фрагментов (стружки) в глазах, осколков металла в теле и пр., ранних сроков беременности (до 3-х месяцев). Если я не могу обеспечить этих условий, я также несу материальную ответственность за нанесенный ущерб, за простой оборудования и рабочее время персонала центра.
3. Я получил (а) информацию о стоимости предстоящей диагностической процедуры и о правилах ее оплаты. Я признаю необходимость оплаты исследования по ценам действующего прейскуранта до выдачи мне результатов.
4. Я подтверждаю, что информирован (а) о возможности отказаться от проведения исследования МР-томографии на любом его этапе до получения результатов исследования, осознавая всю материальную ответственность и возможность наступления последствий отказа от диагностической процедуры для моего здоровья, если она строго рекомендована к проведению моим лечащим врачом.
5. В процессе исследования мне может быть дополнительно предложено введение контрастного вещества, которое оплачивается отдельно. В случае моего отказа, врачи центра не несут ответственности за качество результатов исследования.
6. Я имел (а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу центра МР-томографии до проведения исследования.
7. Личные вещи возвращены в целостности и сохранности.

**Я ДАЮ СВОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ
МР-ТОМОГРАФИИ.**

Область исследования **МРТ** _____

Подпись обследуемого (его доверенного лица) _____/_____

Дата « ____ » _____ 20__ г.

**С ИНФОРМИРОВАННЫМ СОГЛАСИЕМ ПАЦИЕНТА Я ОЗНАКОМЛЕН
ДО ПРОЦЕДУРЫ**

Врач МР-томографии _____ Дата « ____ » _____ 20__ г