**Уведомление**

 **об информировании до заключения договора**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , настоящим подтверждаю, что до заключения договора об оказании платных медицинских услуг уведомлен(а) Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Я уведомлен(а) о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «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.

Я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, до подписания договора об оказании платных медицинских услуг ознакомлен(а) с прейскурантом, действующим у ИП Петров А.С. на дату заключения договора о правилах ее оплаты. Согласен(а) оплатить услугу.

С уведомлением ознакомлен(а) до заключения договора об оказании платных медицинских услуг.

 Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Договор №**

 **об оказании платных медицинских услуг**

г. Краснодар «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года

Индивидуальный предприниматель Петров Анатолий Сергеевич, ОГРНИП 321237500167394, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий(ая) в интересах несовершеннолетнего(ей)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года рождения (фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

 **1. Предмет договора**

1.1 Исполнитель обязуется по заданию Заказчика оказать Потребителю платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется принять оказанные услуги и оплатить их, в порядке предусмотренном настоящим Договором.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Код услуги  | Наименование услуги | Кол-во | Цена | Стоимость |
|  |  | 1 |  |  |
|  Итого |  |

 **2. Сведения об Исполнителе.**

2.1. Наименование Исполнителя: Индивидуальный предприниматель Петров Анатолий Сергеевич.

Адрес места осуществления деятельности регистрации: 350059, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Ялтинская, дом № 55. Информация из ЕГРИП: ИНН 463251722704, ОГРНИП 321237500167394, дата присвоения 06.05.2021, наименование регистрирующего органа: Межрайонная ИФНС № 16 по Краснодарскому краю.

2.2. Информация о лицензии: Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ИП Петров Анатолий Сергеевич в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность № Л041-01126-23/00395864 от 07.06.2022 г. (действует бессрочно), выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края (350000, г. Краснодар, ул. Коммунаров, д. 276, тел. 8 (861) 9925351: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: травматологии и ортопедии.

 **3. Срок и порядок оплаты медицинских услуг**

3.1. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком по Прейскуранту Исполнителя, действующему на день оказания услуг наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или безналичным перечислением денежных средств на счет Исполнителя с выдачей документов, подтверждающих оплату.

3.2. При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с письменного согласия Заказчика путем заключения нового договора.

 **4. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг**

4.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги Потребителю в помещении Исполнителя, расположенного по адресу: 350059, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Ялтинская, дом № 55, 1 этаж в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя путем размещения информации на сайте Клиники в сети Интернет по адресу <https://ortowizard.ru> и/или на информационном стенде и расположенном в помещении Клиники.

4.2. Сроки ожидания платных медицинских услуг определяются сроком обращения Потребителя за получением платных медицинских услуг. Услуги по настоящему договору оказываются в порядке предварительной записи Потребителя на прием к специалистам Исполнителя или при личном обращении. В случае опоздания Потребителя более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному Потребителю времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос времени/даты приема Потребителя.

4.3. Медицинские услуги оказываются в соответствии с правоустанавливающими документами на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность указанной в лицензии на осуществление медицинской деятельности, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными МЗ РФ на основе клинических рекомендаций. Медицинские услуги Потребителю по его желанию оказываются в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию потребителя. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя/Заказчика. При этом Потребителю могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в новом договоре с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг с оплатой по утвержденному прейскуранту на момент оказания услуг.

4.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя/Заказчика, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

4.5. Срок оказания платных медицинских услуг определен датой обращения Потребителя/Заказчика за получением платных медицинских услуг. Срок оказания услуг является приблизительным и зависит от состояния здоровья Потребителя. Сроки предоставления услуг могут быть изменены Исполнителем по согласованию с Потребителем/Заказчиком.

4.6. Потребитель может получить соответствующие виды и объемы медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

 **5. Ответственность сторон.**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии законодательством Российской Федерации.

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

6.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

6.2. В случае отказа Потребителя/Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. При этом Потребитель/Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанных услуг и фактические понесенных Исполнителем расходов, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. Исполнитель имеет право отложить или отменить лечебные или диагностические мероприятия в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний по состоянию здоровья.

 **7. Порядок и условия выдачи Потребителю медицинских документов**

7.1. Потребитель/Заказчик имеет право после получения платных медицинских услуг получить медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя без взимания дополнительной платы в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ на основании письменного запроса в срок установленный требованиями законодательства о порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации.

 **8. Прочие условия договора.**

8.1. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Информация о форме и способах направления обращенийв органы государственной власти доступна для ознакомления на сайте Клиники в сети Интернет по адресу <https://ortowizard.ru> и/или на информационном стенде и расположенном в помещении Клиники.

8.3. Настоящий Договор вступает с силу с момента его подписания и действует до исполнения Сторонами своих обязательств.

8.4. Договор составляется в трех экземплярах, по одному для каждой из сторон.

**9. Адреса, реквизиты и подписи сторон:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Исполнитель**ИП Петров Анатолий СергеевичИНН 463251722704, ОГРН 321237500167394Адрес регистрации: г. Краснодар, ул. Веронская, д. 12, кв. 22;Фактический адрес: 350059, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Ялтинская, д. 55, Р/счёт 40802810900002131025 в АО «Тинькофф Банк»К/счёт 30101810145250000974БИК 044525974Телефон +7 918 978 68 06 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ИП Петров А.С.  подпись | **Потребитель** ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документ удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  | **Заказчик** ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер паспорта, кем, когда выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись  |