

Договор № П- _____ -12

на оказание платных медицинских услуг по программе Детской поликлиники «МАРКУШКА»

« _____ » _____ 2012 г.

г. Москва

Гражданин(ка) _____

Фамилия, имя, отчество

именуемый(ая) в дальнейшем **Законный представитель пациента**, с одной стороны и ООО «СЕЭКО» - Детский медицинский центр «МАРКУШКА» в лице И.О. главного врача детской поликлиники Мельниченко Людмилы Анатольевны, действующей на основании Доверенности № 1 от 10 января 2012 года, выданной генеральным директором ООО «СЕЭКО» Кукушкиным Вячеславом Анатольевичем, действующим на основании Устава, именуемый в дальнейшем **Исполнитель**, с другой стороны, именуемые каждый в отдельности и вместе — **Стороны**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

1.1. Пациент: _____

Фамилия, имя, отчество

Возраст (на момент заключения Договора): _____

Проживающий по адресу: _____

Предварительный диагноз: _____

- 1.2. Исполнитель берет на себя обязательство оказать Пациенту медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации в соответствии с Программой годового медицинского обслуживания для ребенка от трех до семи лет жизни «**ОПТИМУМ - ДОМАШНЯЯ**», изложенной в Приложении № 1 к настоящему Договору.
- 1.3. Законный представитель пациента берет на себя обязательство оплатить предоставляемые Исполнителем медицинские услуги в порядке и размере, установленном настоящим Договором.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Законный представитель пациента обязуется:

- 2.1.1. Оплатить медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем в порядке и размере, указанными в п.3 настоящего Договора.
- 2.1.2. До назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у Пациента заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение, указанного в п. 1.1. заболевания.
- 2.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения.
- 2.1.4. Соблюдать график приема врачей-специалистов.
- 2.1.5. Соблюдать внутренний режим нахождения в поликлинике Исполнителя.
- 2.1.6. При прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия Пациента.
- 2.1.7. Согласовывать с лечащим или дежурным врачом применение любых лекарственных препаратов, лекарственных трав, мазей и пр.

2.2. Законный представитель пациента имеет право:

- 2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии, продлении лицензии и документов, подтверждающих квалификацию медицинского персонала;
- 2.2.2. Выбирать лечащего врача (с учетом его возможности и согласия);
- 2.2.3. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии здоровья Пациента, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результатов анализов, протоколы консилиумов и т.п.;
- 2.2.4. В случае необходимости ставить вопрос о проведении консилиума или консультации других специалистов;
- 2.2.5. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме;
- 2.2.6. Требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе и состоянии здоровья Пациента (врачебной тайны), а также о порядке и размере оплаты за предоставляемые Исполнителем медицинских услуг;

2.3. Исполнитель обязуется:

- 2.3.1. Оказать, предусмотренные Программой (Приложение №1) медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими нормами и в срок, указанный в настоящем Договоре;
- 2.3.2. Использовать в процессе диагностики и лечения только лицензированные методики, разрешенные на территории Российской Федерации.
- 2.3.3. Не использовать способов лечения, способных нанести вред здоровью Пациента;
- 2.3.4. Оповестить Законного представителя пациента о возникновении ситуации, при которой временно становится невозможным предоставить медицинские услуги и принять все возможные меры, для исправления возникших обстоятельств.
- 2.3.5. Соблюдать конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе и состоянии здоровья Пациента (врачебной тайны), а также о порядке и размере оплаты за предоставленные Пациенту медицинские услуги;

2.4. Исполнитель имеет право:

- 2.4.1. Требовать от Законного представителя пациента соблюдения графика прохождения диагностических и лечебных процедур, предусмотренных Программой (Приложение №1).
- 2.4.2. Требовать от Законного представителя пациента соблюдение внутреннего режима работы поликлиники;
- 2.4.3. Требовать от Законного представителя пациента режима приема Пациентом лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

3. Цена и порядок оплаты медицинских услуг.

3.1. Стоимость медицинских услуг в соответствии с **Программой годового медицинского обслуживания для ребенка от трех до семи лет жизни «Оптимум - Домашняя»**, изложенной в Приложении № 1 к настоящему Договору составляет **47 000 (сорок семь тысяч)** рублей.

3.2. Оплата осуществляется Законным представителем пациента в порядке 100 % предоплаты до получения медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг по результатам обследования, медицинская услуга оплачивается Законным представителем пациента по факту ее выполнения в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя на момент оказания данной медицинской услуги.

4. Ответственность сторон.

4.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по настоящему Договору, Исполнитель несет ответственность в размере стоимости неисполненной или ненадлежащим образом исполненной медицинской услуги.

4.2. В случае причинения вреда здоровью Пациента по вине Исполнителя, Исполнитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения или ненадлежащего исполнения стало нарушение Пациентом, а равно Законным представителем пациента, условий настоящего Договора.

5. Срок действия и порядок расторжения Договора.

5.1. Договор вступает силу после подписания Сторонами и оплатой Законным представителем пациента в соответствии с п. 3. и действует в течении 12 месяцев.

5.2. Договор может быть расторгнут по взаимному согласию и договоренности Сторон.

5.3. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя с обязательным письменным уведомлением Законного представителя пациента, в случае нарушений Законным представителем пациента условий настоящего Договора при которых дальнейшее выполнение Исполнителем своих обязательств по настоящему Договору становится невозможным и бессмысленным ввиду нарушения целостности системы диагностики, наблюдения и лечения. При этом ответственность за доказательство данных нарушений лежит на Исполнителе. В этом случае, Исполнитель возвращает Законному представителю пациента предоплату за вычетом стоимости оказанных услуг по фактическим ценам Прейскуранта Исполнителя.

5.4. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Законного представителя пациента с обязательным письменным уведомлением Исполнителя, в случае:

5.4.1. Нарушений Исполнителем условий настоящего Договора при которых дальнейшее выполнение

Исполнителем своих обязательств по настоящему Договору становится невозможным и бессмысленным ввиду нарушения целостности системы диагностики, наблюдения и лечения. При этом ответственность за доказательство данных нарушений лежит на Законном представителе пациента. В этом случае, Исполнитель возвращает Законному представителю пациента предоплату за вычетом стоимости оказанных услуг по фактическим ценам Прейскуранта Исполнителя.

5.4.2. Не связанном с исполнением Сторонами своих обязательств по настоящему Договору (изменение места жительства Законным представителем пациента, финансовые затруднения и т.п.). В этом случае, Исполнитель возвращает Законному представителю пациента предоплату за вычетом неустойки в размере 15 % от стоимости Договора, в соответствии с п. 3. и стоимости оказанных услуг по фактическим ценам Прейскуранта Исполнителя.

6. Прочие условия.

- 6.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем переговоров. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение уполномоченных судебных инстанция, в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору производятся по соглашению Сторон в письменном виде и вступают в силу с момента их подписания обеими Сторонами.
- 6.3. Законный представитель пациента не вправе требовать продление оказания медицинских услуг или возврата средств за непредоставленные медицинские услуги Исполнителем, ввиду своего, а равно Пациента отсутствия по месту жительства в связи с выездом на отдых, не явкой в поликлинику Исполнителя и другим причинам.
- 6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу — по одному, для каждой из сторон.

7. Адреса и реквизиты Сторон.

Исполнитель:

ООО «СЕЭКО»
Юридический адрес
107065, г. Москва, ул. Уральская, д. 23,к.4.

Фактический адрес
107065, г. Москва, ул. Уральская, д. 23,к.4.

Телефон: +7 (495) 467-05-09
Банковские реквизиты:
Расчетный счет: 40702810200000063701
Корр счет: 30101810000000000832
Банк: «Международный акционерный банк»
г. Москва
ИНН: 7701125152
КПП: 771801001
БИК: 044525832

И.О.Главного врача детской поликлиники
«МАРКУШКА»

_____ Л.А.Мельниченко

м.п.

Законный представитель пациента:

Адрес по месту регистрации

Адрес фактического проживания

Паспорт : _____

Выдан: _____

Телефон: _____

_____ / _____ /

**Перечень
предоставляемых медицинских услуг
по программе «ОПТИМУМ -ДОМАШНЯЯ» - диспансерного наблюдения детей от
3 до 7 лет жизни, график и учет их выполнения.**

№ п/п	Срок выполнения \ возраст ребенка	Наименование медицинской услуги	Дата выполнения медицинской услуги	Подпись законного представителя ребенка о получении медицинской услуги	Примечание
1	В 3 года (или в 4; 5; 6 лет)	Консультация педиатра- на дому			На дому
2	В 3 года (или в 4; 5; 6 лет)	Реакция Манту (при необходимости)			В клинике
3	В 3 года (или в 4; 5; 6 лет)	УЗИ брюшной полости			В клинике
4	В 3 года 3 мес (или в 4,3; 5,3; 6,3)	Консультация педиатра- на дому			На дому
5	В 3 года 3 мес (или в 4,3; 5,3; 6,3)	Консультация логопеда			На дому
6	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Консультация детского врача хирурга - ортопеда на дому			На дому
7	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Консультация детского врача-офтальмолога в клинике			В клинике
8	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Консультация невролога- на дому			На дому
9	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Консультация детского ЛОР- врача-на дому			На дому
10	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Общий анализ крови			В клинике
11	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Общий анализ мочи			В клинике
12	В 3 года 6 мес (или в 4,6; 5,6; 6,6)	Консультация педиатра- на дому			На дому
13	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Консультация педиатра- на дому			На дому
14	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Консультация детского хирурга- на дому			На дому
15	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Консультация стоматолога в клинике			В клинике
16	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Консультация детского ортодонта			В клинике
17	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Анализ кала на яйца глистов			В клинике
18	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	Соскоб на энтеробиоз			В клинике
19	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	УЗИ мочевого тракта			В клинике
20	В 4 года (или в 5; 6; 7 лет)	ЭКГ			В клинике

**Дополнительные медицинские услуги, включенные в контракт
и предоставляемые по показаниям**

21		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
22		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
23		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
24		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
25		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
26		Консультация детского врача - специалиста			В клинике
27		Консультация детского врача - специалиста			На дому
28		Консультация детского врача - специалиста			На дому
29		Консультация детского врача - специалиста			На дому
30		Консультация детского врача - специалиста			На дому

**От имени законного представителя
ребенка**

Мама (папа)

_____ / _____ /

« ____ » _____ 2012 года

**И.О. Главного врача Детской
поликлиники
«МАРКУШКА» (ООО «СЕЭКО»)**

_____ / Л.А. Мельниченко /

« ____ » _____ 2012 года.

м.п.