

Исполнителю мотивированные письменные возражения относительно подписания акта. В случае, если Пациент, получил Акт, однако не подписал его и не предоставил письменных мотивированных возражений относительно подписания Акта в течение пяти календарных дней с момента его получения, услуги считаются принятыми Пациентом в полном объеме.

Пациент имеет право:

4.7. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

4.8. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей.

5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами соответствующей экспертизы, проведенной в установленном законодательством порядке, Пациент имеет право:

- по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя;

- безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги);

- привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством.

5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки.

5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается.

6.3. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. Порядок и условия выдачи пациенту (законному представителю пациента) после исполнения договора исполнителем медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов, медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы

7.1. Выдача Пациенту (законному представителю Пациента) после исполнения договора Исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратов и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

8. Иные условия, определяемые по соглашению сторон

8.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на безвозмездное получение медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения на безвозмездной основе медицинской услуги в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

8.2. Пациент дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

8.3. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств сторонами.

8.4. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством.

8.5. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Медицинская организация ООО «Маммологический центр»

Адрес юридического лица в пределах его места нахождения:

Индекс: 690077, г. Владивосток, ул. Калинина, 17 «В»

Телефон: 8(950)299-22-66

ИНН/КПП 2537075290/253701001

Р.с. 40702810015540000027

к/с 30101810145250000411 БИК 044525411

Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО)

сайт: www.mammologv1.ru

ФИО лица, заключающего договор от имени Исполнителя:

Генеральный директор

Калиниченко О.В.

Пациент (ФИО):

Паспортные данные:

серия _____ номер _____

Адрес места жительства:

Телефон: _____

Настоящий договор мною прочитан, его смысл и значение мне понятны и соответствуют моим намерениям

Подпись _____

Подпись _____

М.П.

При оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно, сведения фиксируются со слов потребителя услуги _____
(подпись пациента)

СМЕТА от «__» _____ 20__ г.
на оказание платных медицинских услуг

№	Перечень платных медицинских услуг	Стоимость	Срок оказания	Специалист (ФИО, должность), кабинет	Примечание
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Исполнитель:
Медицинская организация
ООО «Маммологический центр»

Лицо, подписавшее Смету от имени Исполнителя
ФИО _____
(полностью)

Должность _____
Документ, подтверждающий полномочия данного лица

Подпись _____

Пациент:
_____ (ФИО)

Адрес места жительства _____

Телефон: _____

Подпись _____

М.П.

**Акт сдачи-приемки
оказанных медицинских услуг
(образец)**

г. Владивосток

«__» _____ 20__ г.

Медицинская организация ООО «Маммологический центр», именуемая в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Калининченко О.В., действующего на основании Устава с одной стороны и гражданин(ка) (ФИО) _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, составили настоящий Акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, а Пациент принял следующие медицинские услуги:

№	Перечень медицинских услуг	Стоимость
1		
2		
3		
4		
5		
6		

2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.

3. Подписывая настоящий Акт, Пациент подтверждает, что не имеет претензий к объему и качеству оказанных медицинских услуг.

4. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Исполнитель: ООО «Маммологический центр»
Лицо, подписавшее Акт от имени Исполнителя
ФИО _____**

(полностью)

Подпись _____
М.П.

Пациент:

(ФИО полностью)

Подпись _____