



ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Москва

« » 2026 г.

ООО «ДЕНТА-ОПТИМАЛ», ОГРН №1027700501740 от 26.02.2002 г. выданное Управлением МНС России по г. Москве, ИНН №7735109825, действующее на основании Лицензии № ЛО41-01137-77/00341059, от 25 февраля 2020 г. выданной Департаментом здравоохранения г. Москвы, срок действия бессрочно, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Аюшиева Баира Ивановича, действующего на основании приказа 18.03.2025 г. № 38, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и (Ф.И.О пациента), (дд.мм.гггг) г.р., именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» либо «Заказчик» (нужное подчеркнуть), являющийся законным представителем, г.р., с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги:

_, (далее Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида на территории РФ.

1.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора он был проинформирован о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. Потребитель/Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора оказывает медицинские услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: 124683, г. Москва, г. Зеленоград, корп. 1801.

2.2. Исполнитель осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией № ЛО41-01137-77/00341059, выданной 25 февраля 2020 г., Департаментом здравоохранения г. Москвы и действующей бессрочно.

2.3. При заключении Договора Исполнитель предоставляет Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2.4. Планируемый срок предоставления платных медицинских услуг в зависимости от медицинских показаний: с « » 20 г. по « » 20 г.

3. Стоимость услуг, сроки и порядок оплаты

3.1. Потребитель/Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю в соответствии с действующим прейскурантом цен Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте www.mcdali.ru, на информационных стендах и стойке регистратуры Исполнителя.

3.2. Потребитель/Заказчик оплачивает медицинские услуги Исполнителю путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Исполнителя или перечисляются на расчетный счет Исполнителя.

4. Права и обязанности сторон

4.1. Права Потребителя/Заказчика:

4.1.1. Потребитель/Заказчик вправе отказаться от исполнения настоящего договора в любое время, направив Исполнителю письменный отказ, при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.1.2. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Исполнителя.

4.1.3. Требовать от исполнителя предоставления сведений о наличии лицензии и сертификата у Исполнителя.

4.1.4. Получать исчерпывающую информацию об объеме, стоимости и результатах обследования и предоставленных услуг.

4.1.5. На сохранение в тайне информации о своем здоровье.

4.2. Обязанности Потребителя/Заказчика:

4.2.1. Потребитель/Заказчик обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Потребителю Исполнителем услуги.

4.2.2. Строго соблюдать все рекомендации и предписания врача, выполнять указания медицинского персонала во время оказания услуги.

4.2.3. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, являться на прием к врачу в назначенный срок. О невозможности явки на прием предупредить по телефону администрацию клиники.

4.2.4. Предоставить Исполнителю точную и подробную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о перенесенных, имеющихся заболеваниях, непереносимости лекарств, препаратов и процедур, о проводимом ранее лечении, в т. ч. сообщать об аллергии, гепатите, ВИЧ-инфекции, СПИДе, а также другую информацию, которая может

повлиять на качество оказываемой платной услуги или сделает невозможным ее выполнение в срок, а также может отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

4.2.5. При первой возможности информировать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья, при появлении жалоб, связанных с лечением.

4.3. Исполнитель вправе:

4.3.1. Требовать от Потребителя соблюдения рекомендаций и предписаний врача, соблюдения назначенного режима лечения, выполнения графика прохождения процедур, и других предписаний.

4.3.2. Отказать в приеме Потребителю в случаях:

% состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

% если действия Потребителя угрожают жизни и здоровью персонала.

4.3.3. Требовать от Потребителя/Заказчика представления сведений и документов, необходимых для оказания услуг по настоящему договору.

4.3.4. Требовать оплаты оказанных услуг в соответствии с разделом 3 настоящего договора.

4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. Оказать услуги Потребителю с учетом состояния его здоровья, показаний и противопоказаний, установленных в отношении оказываемых медицинских услуг.

4.4.2. Соблюдать принцип конфиденциальности полученной от Потребителя/Заказчика информации, если она стала известна Исполнителю в рамках оказываемых им услуг. Соблюдать правила медицинской этики и деонтологии во взаимоотношениях с Потребителем, а также врачебную тайну.

4.4.3. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

4.4.4. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

5. Ответственность сторон

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

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

5.3. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по договору, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, а также по иным законным основаниям.

6. Срок действия договора

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств по договору.

7. Порядок изменения и расторжения договора

7.1. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель (Заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8. Заключительные положения

8.1. При подписании настоящего договора Потребитель соглашается с тем, что ему предоставлена полная информация о лицензии Исполнителя, о порядке, сроках и стоимости оказания медицинских услуг.

8.2. Настоящий Договор составлен в 2 экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя/Заказчика.

9. Адреса и реквизиты сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Наименование: ООО «ДЕНТА-ОПТИМАЛ» Адрес:
124365, Москва, Зеленоград, корп. 1801,
тел: 8-499-729-22-50; 8-499-729-21-41; 8-495-983-10-74.

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ:
серия 77 № 007273638 от 26. 02. 2002 г.

Регистрирующий орган:

ГУ Московская регистрационная палата.

ОГРН 1027700501740

ИНН 7735109825

КПП 773501001

Р/счет 40702810438150006620 в ПАО «Сбербанк

России» г. Москва

К/счет 30101810400000000225

БИК 044525225

ПОТРЕБИТЕЛЬ (его законный представитель):

(Ф.И.О. пациента)

(Ф. И. О.)

Адрес:

Паспортные данные: серия____, №_____,
дата выдачи (дд.мм.гггг), кем выдан:

Телефон:

Адрес электронной почты:

Подписи Сторон

Исполнитель: Аюшиев Б.И.

Пациент (его законный представитель):

(подпись)

(Ф. И. О.)

(подпись)

(Ф. И. О.)

