

**Договор  
на предоставление платных медицинских услуг**

г. Москва

«    »                      20    г.

ООО «Аллергологический центр имени А.Д.Адо», имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности №ЛО-77-01-012202 от 25.04.2016, в лице Директора Мокроносовой Марины Адольфовны, действующей на основании Устава, далее именуемое **“Исполнитель”**, с одной стороны, и \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ далее именуемый(ая) **“Пациент”** (от имени несовершеннолетнего ребенка подписывает его родитель или законный представитель ФИО \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_)  
с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

Исполнитель, оказывает Пациенту медицинские услуги согласно действующего прейскуранта. Пациент обязуется оплатить оказанные ему медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим договором.

**2. Права и обязанности сторон**

- 2.1 Исполнитель, обязан оформить и вести медицинскую документацию Пациента.
- 2.2 Пациент обязан сообщать о себе достоверные сведения, которые могут повлиять на проводимое обследование и результаты лечения (наличие листка нетрудоспособности, перенесенные заболевания, наличие хронических заболеваний и пр.)
- 2.3 Пациент обязан неукоснительно соблюдать рекомендованное Исполнителем лечение режим во время лечения и после него.

**3. Сроки оказания услуг и порядок оплаты**

- 3.1 Сроки оказания медицинских услуг определяются Исполнителем и согласовываются с Пациентом. В исключительных случаях (обстоятельства непреодолимой силы, а также непредвиденная неисправность оборудования и др.) сроки оказания медицинских услуг могут быть перенесены до устранения возникших обстоятельств.
- 3.2. Стоимость услуг по договору определяется в соответствии с прейскурантом цен, действующим на момент оказания услуги.
- 3.3. Оплата медицинских услуг производится путем 100% предоплаты.

**4. Ответственность сторон**

- 4.1. Пациент полностью возмещает Исполнителю понесенные убытки. Если Исполнитель не смог оказать услугу, или вынужден был ее прекратить по вине Пациента.
- 4.2. Исполнитель освобождается от какой-либо ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг, если это было обусловлено:  
не предоставлением Пациентом Исполнителю (лечащему врачу и/или иному специалисту) надлежащей информации, равно как и предоставление недостоверной, неполной или ложной информации;  
нарушение внутреннего распорядка лечебного учреждения;  
неисполнение предписаний лечащего врача и/или иного специалиста Исполнителя;  
принятие Пациентом на любой стадии лечения каких-либо не согласованных с врачом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций иных специалистов или иных третьих лиц); сокрытие или несвоевременное предоставление Пациентом сведений лечащему врачу о произошедшем ухудшении состояния здоровья.
- 4.3. В других случаях ответственность сторон наступает по основаниям предусмотренным действующим законодательством РФ.

**5. Дополнительные условия**

- 5.1. Медицинские услуги не оказываются, если у Пациента имеются противопоказания, препятствующие оказанию услуг по договору.
- 5.2 Пациент получил бесплатную, доступную, полную и достоверную информацию о предоставляемой услуге.

**6. Порядок разрешения споров**

- 6.1. Все споры не урегулированные соглашением сторон разрешаются, в соответствии с действующим законодательством. Претензионный порядок при разрешении споров является для сторон обязательным.

**7. Сроки действия и порядок расторжения договора**

- 7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение одного года. Договор автоматически пролонгируется на каждый следующий год, если Стороны за один месяц до окончания срока действия Договора не проинформируют друг друга письменно о намерении его расторгнуть.
- 7.2. Договор может быть расторгнут по соглашению сторон, а также по другим основаниям предусмотренными действующим законодательством.
- 7.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Подписи сторон:

Исполнитель:

ООО «Аллергологический центр имени А.Д.Адо»  
Адрес: Москва, Ул. Нижняя, д.3  
ИНН 7729718628 КПП 771401001  
ОГРН 1127746705668 Р/с 40702810002520001333  
Банк: АО «Альфа-Банк»  
БИК 044525593 к/с 30101810200000000593  
Тел. 8 (499) 257-31-58

Пациент:

ФИО \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Адрес \_\_\_\_\_  
Тел. \_\_\_\_\_

Директор \_\_\_\_\_ М.А. Мокроносова  
М.П.

Пациент: \_\_\_\_\_