

## ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г Каменск-Уральский

01.09.2026

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДСЕРВИС КАМЕНСК" (ООО "МЕДСЕРВИС КАМЕНСК"), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице сотрудника \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, именуемый(-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор (далее – «договор») о нижеследующем:

### 1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации), далее «Услуги», а Потребитель обязуется их оплатить. Согласованный с Потребителем перечень услуг указывается в счете на оплату, который является приложением и неотъемлемой частью настоящего Договора. Согласование перечня услуг осуществляется одним из двух способов: путем подписания счета обеими сторонами либо путем совершения Потребителем конклюдентных действий, а именно оплаты счета.

1.2. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность: регистрационный № Л041-01021-66/00367775, дата предоставления лицензии 01.03.2019г., действует бессрочно, лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Свердловской области. Лицензия размещена на сайте <https://www.roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses> и является приложением к настоящему договору.

1.3. Исполнитель уведомляет Потребителя об альтернативной возможности получения медицинской помощи (услуг) без взимания платы в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Свердловской области.

### 2. Обязательства сторон.

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. При предоставлении Услуг организовать и оказать медицинскую помощь:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

При этом Услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи. Просьба Потребителя об объеме Услуг реализуется путем согласования конкретных видов услуг в Счете.

2.1.2. Соблюдать врачебную тайну в порядке, установленном законодательством РФ.

2.1.3. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к ведению медицинской документации, порядку заполнения и предоставления форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

#### 2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

2.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения, заботиться о сохранении своего здоровья.

#### 2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Привлекать третьих лиц для оказания услуг по настоящему договору по согласованию с Потребителем.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача (специалиста, на прием к которому записан Потребитель) или в случае возникновения иной непредвиденной ситуации в день приема, по согласованию с Потребителем перенести назначенный прием, согласовав новую дату и время.

2.3.3. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случае их неоплаты (несвоевременной оплаты) Потребителем в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия необходимости в экстренной медицинской помощи.

2.3.4. Устанавливать стоимость услуг в прейскуранте.

#### 2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. По его требованию на получение полной и достоверной информации в доступной форме:

- о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах медицинского обследования, установленном диагнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных видах и последствиях медицинского вмешательства, предполагаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе, о сроках их службы (сроках годности), медицинских показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм медицинское изделие.

Данная информация может быть получена, в том числе, путем ознакомления с медицинской документацией, а также путем получения копий медицинских документов, выписок из медицинской документации с указанием необходимого объема информации.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие Потребителя (Пациента) на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания услуг.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего получения услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны последствия принимаемого решения для его жизни и здоровья. В случае отказа Потребителем от получения услуг договор расторгается, при этом Потребитель обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача.

2.4.5. По его заявлению получать документы, подтверждающие фактические расходы на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов (копия договора и дополнительных соглашений к нему (в случае заключения); документ, подтверждающий фактические

расходы на оказанные платные медицинские услуги в установленной форме; рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью медицинского работника, печатью Исполнителя (при ее наличии), или выписка из медицинской документации пациента, содержащая сведения о назначении лекарственного препарата).

2.4.6. После исполнения договора по письменному требованию Потребителя получить медицинские документы (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 препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы и в порядке, предусмотренном приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

### **3. Цена услуг и порядок расчетов.**

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании прейскуранта, действующего у Исполнителя на момент согласования платных медицинских услуг с Потребителем. Согласование цены услуг производится путем оплаты выставленного счета. Стоимость медицинских услуг не облагается НДС на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3.2. Оплата услуг производится Потребителем в рублях в наличной или безналичной формах путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом до оказания услуг.

3.3. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, Исполнитель информирует об этом Потребителя и согласовывает их перечень, объем, сроки и стоимость в новом Счете.

В случаях, когда исчерпывающий объем необходимых услуг на момент согласования установить невозможно, а состояние пациента в процессе оказания услуг не позволяет выразить свою волю, услуги оказываются в соответствии с утвержденным прейскурантом в минимально необходимом объеме для улучшения состояния пациента. Итоговый перечень услуг и их стоимость в такой ситуации будут определяться исходя из фактического объема их оказания и подлежат оплате Потребителем.

3.4. Медицинские услуги в экстренной форме оказываются на безвозмездной основе.

### **4. Сроки оказания услуг**

4.1. Услуги предоставляются Потребителю непосредственно при обращении либо в порядке очереди с отсрочкой их предоставления сроком не более 6 месяцев с момента обращения для их оказания Потребителем.

4.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики, лечения, реабилитации (зависят от медицинской технологии, клинической ситуации и общего состояния Потребителя).

### **5. Ответственность**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в объеме меньшем, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье, либо вызванных медицинскими противопоказаниями, а также в случаях невыполнения медицинских предписаний, назначений, рекомендаций специалистов (медицинских работников), не соблюдения Потребителем Правил внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительного режима.

5.3. В силу абзаца второго статьи 36 Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-I «О защите прав потребителей», в случае, если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги, либо не устранит иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков.

5.4. Письменные обращения (жалобы, претензии) к Исполнителю могут быть направлены Потребителем заказным письмом или по электронной почте на адреса, указанные в настоящем договоре. Срок для рассмотрения Исполнителем обращения (жалобы, претензии) Потребителя составляет **10 (десять) дней** со дня получения Исполнителем соответствующего обращения (жалобы, претензии) Потребителя.

5.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

### **6. Заключительные положения**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует в течение одного календарного года. Если ни одна из Сторон не заявит о расторжении настоящего договора не позднее, чем за две недели до его окончания, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год на тех же условиях. В случае, если на момент окончания действия договора ранее возникшие обязательства Сторон не выполнены – договор действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.2. Обязательства Исполнителя по оказанию медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей медицинской услуги (либо завершения курса услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя и подписанием акта об оказании платных медицинских услуг.

6.3. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

6.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. До подписания настоящего договора Потребитель ознакомился на информационном стенде или на сайте Исполнителя с:

- а) перечнем платных медицинских услуг, с учетом номенклатуры медицинских услуг, с указанием цен в рублях (Прейскурант);
- б) положениями и порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии) ([www.pravo.gov.ru](http://www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций <https://cr.minzdrav.gov.ru>);
- в) Правилами поведения пациента, установленными в медицинской организации.
- г) информацией о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

### **7. Уведомление Потребителя:**

7.1. При заключении настоящего договора, Потребитель подтверждает, что он уведомлен о том, что:

- несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее

завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.  
- в соответствии с частью 3 статьи 27 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и Правила поведения пациента в медицинской организации.

8. Согласия на получение информации по электронным каналам связи

|                                                                                                               |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Я согласен (согласна) получать звонки и сообщения сервисного и/или рекламного характера (SMS, ВКонтакте, МАХ) | Да / Нет |
|                                                                                                               |          |
| Я согласен (согласна) получать сообщения сервисного и/или рекламного характера по e-mail                      | Да / Нет |
|                                                                                                               |          |

9. Реквизиты и подписи сторон:

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ИСПОЛНИТЕЛЬ: | ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МЕДСЕРВИС КАМЕНСК" (сокращенное наименование ООО "МЕДСЕРВИС КАМЕНСК")<br>Юридический адрес: Свердловская обл, г Каменск-Уральский, ул Свердлова, двлд. 12<br>Адрес места нахождения: Свердловская обл, г Каменск-Уральский, ул Свердлова, двлд. 12<br>ИНН 6612039894    ОГРН 1126612002725<br>Телефон: +7 (3439) 545-044<br>Электронная почта: info@mc-vd.ru<br>Адрес сайта: https://mc-vd.ru |
|              | Должность:<br>ФИО:<br>Доверенность №    от<br><br>М. П.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| ПОТРЕБИТЕЛЬ: | (фамилия, имя, отчество (при наличии))                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|              | Данные документа, удостоверяющего личность Потребителя:<br>наименование документа, удостоверяющего личность паспорт серия (при наличии) номер ; код подразделения    (при наличии); орган, выдавший документ, удостоверяющий личность<br>Дата выдачи (начало действия) документа:                                                                                                                                                       |
|              | Адрес места жительства Потребителя (адрес, на который может быть направлен ответ на письменные обращения):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              | Контактный телефон:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|              | _____/_____<br>Подпись, фамилия, инициалы Потребителя                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

Дата:

ООО "Медсервис Каменск"  
Адрес: Свердловская обл, г Каменск-Уральский, ул Свердлова,  
двлд. 12  
Телефон: +7 (3439) 545-044, Почта: info@mc-vd.ru

АКТ

к договору об оказании платных медицинских услуг №

(Ф.И.О.)

именуемый в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и ООО "Медсервис Каменск", именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» заключили настоящий Акт о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг № «Исполнитель» оказал следующие медицинские услуги:

| Услуга         | Стоимость | Кол-во | Скидка | Сумма |
|----------------|-----------|--------|--------|-------|
|                |           |        |        |       |
| Итоговая сумма |           |        |        |       |

2. Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Пациент претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Адреса и реквизиты сторон

|                                                                                  |                         |
|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Исполнитель                                                                      | Пациент                 |
| ООО "Медсервис Каменск"                                                          | Ф.И.О.                  |
| Юридический адрес: Свердловская обл, г Каменск-Уральский, ул Свердлова, двлд. 12 | Дата рождения:          |
| Фактический адрес: Свердловская обл, г Каменск-Уральский, ул Свердлова, двлд. 12 | Возраст:                |
| ОГРН: 1126612002725                                                              | Адрес места жительства: |
| ИНН: 6612039894                                                                  | Паспортные данные:      |
| Телефон +7 (3439) 545-044                                                        | Телефон:                |
| Подпись: _____                                                                   | Подпись: _____          |