

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее – Правила) Акционерное общество «Деловой центр нейрохирургии» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг уведомляет:

- несоблюдение указаний (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 (п.15 Правил);

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (п. 6 Правил) в медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, программах госгарантий и включенной в соответствующий реестр медицинских организаций, а также о том, что Акционерное общество «Деловой центр нейрохирургии» не работает в системе обязательного медицинского страхования и программах госгарантий.

Подпись Заказчика \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Договор № \_\_\_\_\_ об оказании платных медицинских услуг

Москва

«    » \_\_\_\_\_ 2022 г.

Акционерное общество «Деловой центр нейрохирургии» (АО «Деловой центр нейрохирургии», ОГРН 1027700369817, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01 июля 2002г. (бланк 77 №005388065), выдано Межрайонной инспекцией МНС России № 39 по г. Москве 30.10.2002 г., место нахождения: Российская Федерация, г. Москва), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_ г, с одной стороны, и

г.р. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения, место рождения \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ г., зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые далее «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

### 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с Договором Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе медицинские услуги (далее - «Медицинские услуги»), а Заказчик обязуется своевременно оплатить стоимость предоставляемых Медицинских услуг, а также выполнить предъявляемые Исполнителем требования, направленные на обеспечение качественного предоставления Заказчику Медицинских услуг.

1.2. Под Медицинскими услугами в Договоре понимается проведение стереотаксической радиотерапии с использованием Аппарата Leksell Gamma Knife (далее – «Лечение») и оказание связанных с ним лечебных, консультационных и вспомогательных услуг в соответствии с перечнем, изложенным в Приложении №1 (Спецификации) к Договору.

1.3. Медицинские услуги по Договору оказываются Заказчику, прошедшему необходимое предварительное обследование, по плану, разработанному Исполнителем, и представившему документальное подтверждение ее прохождения.

1.4. Сроки оказания Медицинских услуг по Договору определяются моментом обращения Заказчика к Исполнителю и устанавливаются в Приложении № 2 «Памятка Пациенту» к Договору. В случае длительного лечения (более одного дня) количество сеансов лечения (число фракций) определяются лечащим врачом для каждого Заказчика индивидуально с учетом диагноза, характера, объема оказываемых Медицинских услуг и фиксируются в медицинской карте Заказчика.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. В сроки, установленные Договором, оказать Заказчику Медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям Договора и/или требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Разработать для Заказчика план лечебного курса (план оказания Медицинских услуг), корректировать его по мере необходимости.

2.1.3. Предоставить Заказчику Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также Памятку Пациента (Приложение № 2).

2.1.4. Обеспечить по требованию Заказчика непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать по письменному требованию Заказчика копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

2.1.5. Довести до сведения Заказчика Правила внутреннего распорядка Исполнителя и разъяснить Заказчику последствия несоблюдения указанных Правил и/или предписаний лечащего врача.

2.1.6. Предупредить Заказчика о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных Договором, без получения согласия на которые, Исполнитель не вправе их предоставлять Заказчику на возмездной основе.

2.1.7. После оказания Медицинских услуг выдать Заказчику медицинские документы (выписное заключение и проч.), отражающие состояние его здоровья после получения Медицинских услуг, и рекомендации.

2.1.8. Предоставлять в период действия Договора Заказчику информацию относительно состояния его здоровья и характера предоставляемых Медицинских услуг.

2.1.9. Если Заказчику не были оказаны оплаченные им в соответствии с разделом 3 Договора Медицинские услуги, вернуть Заказчику уплаченную денежную сумму, за исключением случая, предусмотренного п. 2.2.3.2 Договора.

## **2.2. Исполнитель имеет право:**

2.2.1. Определять объем, перечень, виды лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования и методов лечения;

2.2.2. Привлекать при необходимости в качестве консультантов специалистов из других медицинских организаций; в случае необходимости переводить Заказчика в другое профильное медицинское учреждение, в связи с чем, подписывая Договор, Заказчик подтверждает свое согласие на обработку персональных данных (включая сведения о состоянии здоровья), в том числе на их передачу специалистам других профильных медицинских учреждений, привлекаемых Исполнителем в соответствии с настоящим пунктом, в целях оказания Медицинских услуг по Договору;

2.2.3. Не оказывать Заказчику Медицинские услуги, если:

2.2.3.1. Заказчик не прошел предварительного обследования или не представил Исполнителю документального подтверждения его прохождения (п. 1.3. Договора);

2.2.3.2. специалистами Исполнителя, либо привлеченными им специалистами, сделано заключение о том, что Заказчику противопоказано проведение стереотаксической радиотерапии в соответствии с п.1.2. Договора; в таком случае денежная сумма, оплаченная Заказчиком в соответствии с п. 3.3 Договора возвращается Заказчику в полном объеме. В случае, если заключение о противопоказании прохождения лечебного курса сделано после фиксации стереотаксической рамы Leksell или после проведения предлучевой подготовки, Заказчику возвращается денежная сумма, оплаченная им по Договору, за вычетом стоимости фиксации и снятия стереотаксической рамы Leksell или стоимости предлучевой подготовки, определяемых в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя;

2.2.3.3. Заказчик нарушает требования внутреннего распорядка, установленные Исполнителем и/или предписания лечащего врача;

2.2.3.4. Заказчиком не была произведена оплата за оказание Медицинских услуг в соответствии с разделом 3 Договора.

2.2.4. Изменить (перенести) сроки оказания Медицинских услуг по Договору в случае неисправности медицинского оборудования, предупредив об этом Заказчика, и согласовав с ним новые сроки оказания Медицинской услуги.

2.2.5. Требовать от Заказчика оплаты оказанных ему Медицинских услуг в соответствии с разделом 3 Договора.

## **2.3. Заказчик обязуется:**

2.3.1. Пройти предварительное обследование в соответствии с лечебным планом, разработанным Исполнителем, и представить ему документальное подтверждение его прохождения (п. 1.3. Договора). Вышеуказанное документальное подтверждение прохождения Заказчиком предварительного обследования должно содержать следующую информацию: фамилию, имя, отчество Заказчика; диагноз Заказчика; заключение специалистов медицинской организации, в которой Заказчик проходил обследование. Заказчик также обязан предоставить Исполнителю справки, результаты анализов, выписки из истории болезни, снимки и иные медицинские документы, свидетельствующие о том, что Заказчик прошел необходимое предварительное обследование. Все вышеуказанные медицинские документы остаются в медицинской карте Заказчика у Исполнителя.

2.3.2. Соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, режим лечения и предписания лечащего врача, в том числе выполнять указания (рекомендации) лечащего врача как во время нахождения у Исполнителя на Лечение, так и после прохождения Лечение.

2.3.3. Предоставить Исполнителю информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, а также ознакомиться под подпись с Памяткой Пациента (Приложение № 2).

2.3.4. Надлежащим образом исполнять условия Договора, представлять полную и достоверную информацию, необходимую для качественного оказания Исполнителем Медицинской услуги по Договору, а также своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком условий Договора.

2.3.5. Оплачивать оказанные Медицинские услуги в соответствии с разделом 3 Договора. Подписывая Договор, Заказчик согласен с установленными Договором (раздел 3) порядком и условиями оплаты.

2.3.6. Оказывать Исполнителю содействие в исполнении Договора, необходимое для качественного оказания Исполнителем услуг.

## **2.4. Права Заказчика:**

2.4.1. Получать от Исполнителя информацию о состоянии своего здоровья, а также информацию о характере оказываемых услуг, не составляющую врачебную или иную, охраняемую законом и/или внутренними документами Исполнителя, тайну.

2.4.2. После заключения Договора отказаться от Договора, оплатив фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

2.4.3. Знакомиться с медицинской документацией, а также запрашивать у Исполнителя выписки из медицинских документов, в том числе из предоставленных Заказчиком в соответствии с п. 2.3.1. Договора.

2.4.4. Требовать от Исполнителя надлежащего оказания услуг по Договору.

### **3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата Медицинских услуг осуществляется Заказчиком в соответствии с Прейскурантом Исполнителя, действующим на дату заключения Договора, с которым можно ознакомиться на сайте в сети Интернет <https://lgk-russia.ru>, а также на информационных стендах в медицинском офисе Исполнителя по адресу: г. Москва, ул. Фадеева, д. 5, стр. 1 (далее – медицинский офис).

3.2. При заключении Договора Стороны подписывают Спецификацию с указанием стоимости оказываемых в соответствии с Договором Медицинских услуг (Приложение № 1).

3.3. С согласия Заказчика оплата за оказание Медицинских услуг производится не позднее дня, предшествующего дате Лечения, указанной в Приложении № 2 к Договору, путем внесения предоплаты в размере 100% от стоимости оказываемых Медицинских услуг, указанной в Спецификации (Приложение № 1).

3.4. Оплата оказываемых Исполнителем Медицинских услуг производится Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчётный счет Исполнителя.

3.5. В соответствии со ст. 149 Налогового кодекса РФ оказание медицинских услуг по Договору НДС не облагается.

### **4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с условиями Договора и действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за диагноз, поставленный Заказчику специалистами, проводившими предварительное медицинское обследование, заключение о необходимости прохождения лечебного курса в соответствии с п. 1.2. Договора, результаты предварительных, дополнительных и других обследований, полученные Заказчиком не от специалистов Исполнителя.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если оно явилось следствием нарушения Заказчиком положений Договора и приложений к нему и/или иных неправомерных действий Заказчика.

4.4. Стороны не несут ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения Договора, которые Стороны не могли предвидеть и/или предотвратить.

### **5. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

5.1. Медицинские услуги по Договору оказываются Заказчику только после предоставления им информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ), осуществления оплаты услуг в соответствии с п. 3.3. Договора, а также при соблюдении условия, установленного п. 1.3. Договора.

5.2. Условия и порядок оказания Медицинских услуг размещаются Исполнителем на сайте в сети Интернет <https://lgk-russia.ru>, а также на информационных стендах в медицинском офисе Исполнителя. Подписывая Договор, Заказчик подтверждает ознакомление и свое согласие с порядком и условиями предоставления Медицинских услуг.

5.3. Особые условия:

5.3.1. В случае, если специалистами Исполнителя, либо привлеченными им специалистами, в процессе подготовки к проведению Лечения согласно п. 1.2. Договора, сделано заключение о том, что количество патологических очагов у Заказчика, подлежащих стереотаксической радиотерапии, превышает 10 (десять), Исполнитель после согласования с Заказчиком проводит повторный сеанс Лечения.

5.3.2. Оплата повторного сеанса Лечения осуществляется Заказчиком на основании отдельного заключенного Договора об оказании медицинских услуг и Спецификации к нему, подписываемого Исполнителем и Заказчиком в соответствии с действующим на дату заключения Договора Прейскурантом.

### **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами взаимных обязательств по Договору.

6.2. Все изменения и дополнения к Договору действительны только в том случае, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон путем заключения дополнительного соглашения к Договору.

6.3. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон.

6.4. Односторонний отказ от исполнения Договора допускается в порядке и на условиях, предусмотренных Договором и действующим законодательством РФ.

### **7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Стороны будут прилагать все усилия к тому, чтобы совместно решать возникающие разногласия и споры.

7.2. В том случае, если разногласия и споры не могут быть разрешены Сторонами путем двусторонних переговоров, такие разногласия и споры подлежат разрешению в установленном законодательством РФ порядке.

## 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги на основании лицензии: регистрационный номер в реестре учета лицензий Л041-01137-77/00339774 от 16.10.2018 г. на осуществление медицинской деятельности по адресам мест осуществления лицензируемого вида деятельности: Российская Федерация, г. Москва, ул. Фадеева, дом 5, стр. 1, Российская Федерация, г. Москва, ул. Фадеева, дом 5, соор. 3. По адресу: 125047, г. Москва, ул. Фадеева, д. 5, стр. 1: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии, нейрохирургии, онкологии, радиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: радиологии, радиотерапии, сестринскому делу. По адресу: 125047, г. Москва, ул. Фадеева, д. 5, соор. 3: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: радиологии, радиотерапии, сестринскому делу. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: радиологии, радиотерапии, сестринскому делу. Срок действия лицензии - бессрочно. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (тел. +7 (499) 578-02-20, г. Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1).

8.2. По вопросам, не урегулированным Договором, Стороны должны руководствоваться действующим законодательством РФ.

8.3. Обо всех изменениях в платежных и почтовых реквизитах Стороны обязаны немедленно извещать друг друга. Действия, произведенные по старым адресам и счетам, совершенные до получения уведомления об их изменении, засчитываются в исполнение обязательств по Договору.

8.4. Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.5. Стороны пришли к соглашению о том, что при подписании Договора, приложений и дополнительных соглашений к Договору, актов, иных документов допускается использование подписи факсимиле (средств факсимильного воспроизведения подписи), которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица.

8.6. К Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

1. Приложение № 1. Спецификация.
2. Приложение № 2. Памятка Пациента.

## 9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН:

**Заказчик:**

**Гр.**

-----

Адрес: \_\_\_\_\_  
паспорт \_\_\_\_\_ выдан

\_\_\_\_\_ г

Код подразделения: \_\_\_\_\_

**Исполнитель:**

**АО «Деловой центр нейрохирургии»**

адрес: 125047, г. Москва, ул. 4-я Тверская-  
Ямская, д. 16, корп. 3,  
ИНН 7710150613, КПП 771001001  
Р/с 40702810001000080538 в Филиал  
«Корпоративный» ПАО «Совкомбанк»  
К/с 30101810445250000360, БИК 044525360,  
ОКПО 40128218,

## 10. ПОДПИСИ СТОРОН:

**Заказчик:**

**Исполнитель:**

\_\_\_\_\_  
(гр. \_\_\_\_\_.)

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)

**СПЕЦИФИКАЦИЯ**

№ п/п	Наименование оказываемых медицинских услуг	Количество оказываемых услуг (ед.)	Стоимость услуги (в соответствии с Прейскурантом) (руб.)	Размер скидки	Сумма, с учетом скидки, НДС не облагается (руб.)
1.					
<b>ИТОГО</b>					

**Заказчик:**

**Исполнитель:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(гр. \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_\_)