

**ДОГОВОР  
ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ОБУЧАЮЩИМСЯ  
№ 02/2015 от «01» ИЮЛЯ 2015 г.**

г. Новосибирск

АВТНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «ОКСФОРД», именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице директора Комаровой Ольги Юрьевны действующей на основании Устава, с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью Центры Семейной Медицины «Здравица»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 54 № 004909879, выданное межрайонной ИФНС № 16 по Новосибирской области, действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-54-01-002894 от «16» октября 2014 г., выданной Министерством Здравоохранения Новосибирской области (г. Новосибирск, 630011, ул. Красный проспект, д. 18, тел. +7-383-222-15-61, +7-383-223-67-67), в лице директора Аткиной Анастасии Александровны, действующей на основании Устава, с другой стороны, при совместном упоминании – «Стороны», заключили настоящий договор (далее – Договор) о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

- 1.1. По настоящему Договору Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать лицам, указанным Заказчиком в Списке учащихся (Приложение № 1) услуги по оказанию первичной медико-санитарной помощи обучающимся.
- 1.2. Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
- 1.3. Срок оказания медицинских услуг определяется по каждому учащемуся Заказчика в отдельности.
- 1.4. Медицинские услуги выполняются методами, разрешенными к применению на территории РФ и с качеством, обычно предъявляемым к используемым по данному договору медицинским технологиям и полученным в результате их выполнения потребительским свойствам услуги. При исполнении настоящего Договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

- 2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в дни и часы работы, которые устанавливаются Исполнителем и доводятся до сведения Заказчика.
- 2.2. Предоставление услуг по настоящему договору происходит во внеочередном порядке.
- 2.3. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору на территории ООО ЦСМ «Здравица» по адресу: г. Новосибирск, площадь Карла Маркса, д.7, 3 этаж.
- 2.4. Перечень и цена медицинских услуг, оказываемых Исполнителем содержатся в Прайс-листе Исполнителя, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора ( Приложение №2).

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

- 3.1. Стоимость услуг по Договору рассчитывается по каждому пациенту отдельно и определяется ценами, установленными Прайс-листом Исполнителя с учетом фактических затрат.
- 3.2. Сумма по Договору оплачивается Заказчиком, согласно выставленного Исполнителем счета, по факту оказания Пациентам первичной медико-санитарной помощи, на основании актов выполненных работ. Стоимость медицинских услуг оказываемых Исполнителем определена в Прейскуранте (Приложение №2).
- 3.3. Ежемесячно до 10 числа каждого месяца, следующего за отчетным, Исполнитель предоставляет Заказчику счет и Акт об оказании услуг (с указанием фамилий пациентов (учащихся), даты и перечня оказанных услуг).
- 3.4. Заказчик обязуется подписать и предоставить Исполнителю Акт об оказании услуг и оплатить оказанные Исполнителем услуги не позднее 10 (десяти) календарных дней с момента предоставления Исполнителем счета и Акта об оказании услуг, либо направить в указанный срок мотивированные

Заказчик:

 / Комарова О.Ю. Директор  
(подпись) (Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:

 / Аткина А.А. Директор  
(подпись) (Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.

М.П.



возражения. При получении Исполнителем мотивированных возражений Стороны решают вопрос о порядке и сроках устранения разногласий.

3.5. В случае если Заказчик не вернул подписанный со своей стороны Акт об оказании услуг и не представил Исполнителю мотивированные возражения в установленный п. 3.4. срок, Исполнитель в праве в одностороннем порядке считать услугу принятой, и сумма, указанная в Акте об оказании услуг подлежит оплате в беспорядном порядке, предусмотренном в пункте 3.4. настоящего договора.

3.6. Исполнитель вправе увеличить стоимость медицинских услуг, указанную в Прейскуранте. В этом случае, Исполнитель обязан в письменной форме уведомить Заказчика не менее чем за 15 рабочих дней до введения новых цен. В случае если Заказчик принимает изменение стоимости услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение к данному договору. Заказчик также вправе отказаться от договора в связи с изменением стоимости услуг, письменно известив об этом Исполнителя в течение 5 дней после получения уведомления Исполнителя о введении новых цен.

3.7. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель во исполнение п.3. ч.1 ст.79 Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформировал Заказчика о возможности получения учащимися медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи; При этом, Заказчик уведомлен, что Исполнитель оказывает медицинские услуги только на возмездной основе и подписывая настоящий Договор, Заказчик сознательно и добровольно согласился на оказание указанных услуг учащимся на платной основе.

#### 4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

##### 4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги по настоящему Договору, предоставляя квалифицированную медицинскую помощь в соответствии с имеющимися у Исполнителя лицензиями и действующим законодательством о здравоохранении в РФ.

4.1.2. Обеспечить Заказчика информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.1.3. Вести учет услуг, предоставленных учащимся Заказчика.

4.1.4. В конце каждого месяца подготовить и направить Заказчику Акт сдачи-приёмки оказанных услуг с указанием данных учащихся Заказчика, которым были оказаны медицинские услуги, их количества, вида и стоимости оказанных услуг.

4.1.5. Вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья каждого лица из Списка учащихся Заказчика, в установленном законом порядке;


4.1.6. По требованию Заказчика (или законного представителя лица из Списка учащихся) предоставить в письменной форме в течение 10 рабочих дней информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

##### 4.2. Исполнитель вправе:

4.2.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и лечения, необходимых для оказания надлежащей медицинской помощи учащимся Заказчика, в том числе и не предусмотренной Договором.

4.2.2. Отказаться в оказании медицинских услуг учащимся (приостановить обслуживание) Заказчика при задержке оплаты более чем на 5 календарных дней со дня оказания услуги и начислить 0,1% от суммы задолженности за каждый день просрочки платежа. Если оплата услуг не была произведена Заказчиком в размере и сроки, предусмотренные п.3.4. Договора, прекратить оказание услуг или задерживать выдачу заключений приемов и результатов произведенных исследований до момента полной оплаты стоимости услуг и начисленных пеней

Заказчик:



/ Комарова О.Ю. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:



/ Аткина А.А. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.

М.П.



#### 4.3. Заказчик обязан:

4.3.1. Предоставить список учащихся, имеющих право получать медицинские услуги в учреждении Исполнителя.

4.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в размере и порядке, установленном разделе 3 настоящего договора.

4.3.3. Одновременно с подписанием настоящего договора предоставить Исполнителю письменное подтверждение от законного представителя каждого несовершеннолетнего учащегося о согласии на передачу сведений об оказанных медицинских услугах Исполнителем Заказчику, а также на обработку персональных данных Исполнителем, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять медицинскую тайну пациента, и согласии на получение смс-оповещения на мобильный телефон о дате и времени оказания услуг Исполнителем сразу после осуществления записи на прием в целях обеспечения пациента необходимой информацией для получения услуг. (Приложение № 3)

4.3.4. Ознакомить учащихся, указанных в Списке или их законных представителей с правилами и условиями медицинского обслуживания в медицинском учреждении Исполнителя.

4.3.5. Ознакомить представителей несовершеннолетних учащихся о следующих их обязательствах в отношении Исполнителя:

- информировать Исполнителя до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах.

- точно выполнять назначения и рекомендации специалистов Исполнителя и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Договора.

4.3.6. Обеспечить присутствие законного представителя несовершеннолетнего учащегося во время оказания медицинских услуг учащемуся Исполнителем.

#### 4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Расторгнуть Договор при реализации Исполнителем права, закрепленного п. 3.6. Договора, оплатив Исполнителю стоимость фактически оказанных услуг и возместив расходы, произведенные последним до момента расторжения Договора.

4.4.2. Ознакомиться с перечнем оказываемых услуг, согласно лицензии Исполнителя (приложение №4).

### 5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами. Дата окончания Договора – «31» декабря 2015 г.

5.2. В случае если одна из Сторон не сделает заявление о прекращении Договора за 30 календарных дней до даты его окончания, то Договор считается пролонгированным на один год. Количество таких пролонгаций не ограничено.

### 6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров, в том числе в претензионном порядке.

6.2. Претензия оформляется в письменной форме и направляется той Стороне по Договору, которой допущены нарушения его условий. В претензии перечисляются допущенные при исполнении Договора нарушения со ссылкой на соответствующие положения Договора или его приложений, отражается стоимостная оценка ответственности (неустойки), а также действия, которые должны быть произведены Стороной для устранения нарушений. Претензии по качеству медицинских услуг предъявляются в письменном виде Исполнителю, и рассматриваются созданной Исполнителем врачебной комиссией ведомственного контроля качества медицинской помощи с привлечением по требованию Заказчика и за его счет независимого эксперта, или споры и разногласия рассматриваются с привлечением независимого врача эксперта.

6.3. Срок рассмотрения писем, уведомлений или претензий не может превышать 5 (пяти) рабочих дней с момента их получения. Переписка Сторон может осуществляться в виде письма или телеграммы, а в случаях

Заказчик:

 / Комарова О.Ю. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:

 / Аткина А.А. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.

М.П.



направления факса или иного электронного сообщения - с последующим предоставлением оригинала документа в течение трех рабочих дней.

6.4. При неурегулировании Сторонами спора в досудебном порядке, спор передается на разрешение в Арбитражный суд Новосибирской области.

## 7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Стороны обязуются извещать друг друга об изменении своего юридического статуса, названия, адресов и банковских реквизитов в течение 15 рабочих дней.
- 7.2. Настоящий Договор может быть изменен или дополнен только по обоюдному согласию Сторон, оформленному в письменном виде. Все дополнения и изменения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.
- 7.3. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны.
- 7.4. Заказчик, подписывая настоящий договор, в соответствии с п. 2 ст. 160 ГК РФ подтверждает свое согласие на возможность использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи при подписании настоящего Договора, а также любых иных документов, связанных с его исполнением.

## 8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик:

АНО ЛЦ «ОКСФОРД»

Юридический адрес: г. Новосибирск, ул. Герцена, 20,51

Тел.(383) 347-85-50, 347-85-70

ИНН 5403003540 КПП 540301001

р/сч 40703810201000000164

В Банке «ЛЕВОБЕРЕЖНЫЙ» (ОАО)

К/СЧ 30101810100000000850

БИК 045004850

ОГРН 1155476032623

Директор

Комарова О.Ю.

Исполнитель:

ООО Центры Семейной Медицины «Здравица»,

Юридический адрес: г. Новосибирск, ул. Державина, 28, оф. 103

тел. (383) 211-93-55

ИНН 540 679 21 23, КПП 540 601 001

Р/сч №407 028 108 23 000 002735

в Филиале «Новосибирский» АО «Альфа-Банк»

БИК 045 004 774 К/сч № 301 018 106 0000 0000 774

ОГРН 114 547 612 74 88

Директор

Аткина А.А.



Заказчик:

 / Комарова О.Ю. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:

 / Аткина А.А. Директор

(подпись)

(Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.

М.П.

Директору \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о согласии представителя несовершеннолетнего пациента (учащегося) на передачу сведений, составляющих врачебную тайну**

Настоящим подтверждаю согласие на передачу АНО ЛЦ «ОКСФОРД», в лице директора Комаровой Ольги Юрьевны действующей на основании Устава, (в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № 02/2015 от 01.07.2015 между АНО ЛЦ «ОКСФОРД» и ООО ЦСМ «Здравица»), персональных данных несовершеннолетнего ребенка \_\_\_\_\_ в целях ведения их учета, а также на обработку персональных данных ООО ЦСМ «Здравица», включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, паспортные данные, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС; данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицами, профессионально занимающимися медицинской деятельностью и обязанными сохранять медицинскую тайну пациента, и согласие на получение смс-оповещения на мобильный телефон о дате и времени оказания несовершеннолетнему пациенту услуг ООО ЦСМ «Здравица» сразу после осуществления записи на прием в целях обеспечения меня необходимой информацией для получения услуг.

Я уведомлен о том, что иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении о состоянии здоровья несовершеннолетнего пациента, а также диагнозе, разглашению не подлежат.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

Заказчик:

(подпись)

/ Комарова О.Ю. Директор

(Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:

(подпись)

/ Аткина А.А. Директор

(Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.




## СПИСОК ОБУЧАЮЩИХСЯ В АНО ЛЦ «ОКСФОРД»

№№ П/П	ФИО (полностью)	Дата и год рождения


Директор АНО ЛЦ «ОКСФОРД»

Комарова О.Ю.

Заказчик:

  
(подпись) / Комарова О.Ю. Директор  
(Ф.И.О. Заказчика, должность)

Исполнитель:

  
(подпись) / Аткина А.А. Директор  
(Ф.И.О. Исполнителя, должность)

М.П.

М.П.

