**УВЕДОМЛЕНИЕ**

**В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»**

1. До заключения договора, я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_ г., проживающий по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Уведомлен (а) о том, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) 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 моем здоровье.
2. Я внимательно ознакомился ( лась) с данным документом и принимаю решение заключить Договор лечения с данной медицинской организацией.

Подпись потребителя (заказчика)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

**Договор оказания поликлинических услуг**

**(Договор лечения)**

г. Нижний Новгород Дата:

ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Шиляевой Ульяны Владимировны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Гражданин (ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (ой) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с лицензией ( № ЛО-52-01-007134 от 15.11.2021г.), выданной Министерством здравоохранения Нижегородской области, действующей на момент оказания услуг по адресам осуществления медицинской деятельности, которые указаны в реквизитах настоящего договора, а Пациент обязуется оказанные услуги оплатить в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором. Настоящий договор распространяется на все виды услуг, оказываемых Исполнителем, а исключением услуг по ведению беременности, для получения которых Стороны должны оформить отдельный договор. Перечень и стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, содержится в справке об оплате оказанных услуг. Справка об оплате оказанных услуг является неотъемлемой частью настоящего Договора.
   2. При заключении и исполнении настоящего Договора, Стороны руководствуются действующими у Исполнителя Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Правилами внутреннего распорядка, Положением о скидках, Положением о программе «Депозит» и другими локальными нормативными актами Исполнителя.
   3. Пациент подтверждает, что до заключения Договора ему в доступной форме предоставлена информация о возможности получения определенных 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. До заключения Договора Пациент в доступной форме проинформирован, что Исполнитель и филиалы Исполнителя не участвуют в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и не оказывают медицинскую помощь без взимания платы.
   4. Определенные виды услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, являются комплексными и не подлежат оказания по частям, несмотря на способы отражения стоимости их составных частей в прейскуранте Исполнителя. Исполнитель самостоятельно определяет, какие из оказываемых им услуг являются комплексными.
   5. Медицинские услуги предоставляются Пациенту при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство.
   6. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю.

**2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

* 1. **Обязанности Исполнителя:**
     1. По согласованию с Пациентом, назначить в рамках каждой медицинской специальности врача соответствующей квалификации для проведения обследования и лечения. Исполнитель в праве заменить лечащего врача (подтверждением согласия на замену лечащего врача является факт получения Пациентом медицинских услуг у другого врача).
     2. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, с соблюдением требований, предъявляемых к ним законодательством РФ.
     3. Устно информировать Пациента, в доступной для него форме, о состоянии его здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и предположительном прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах проведенного лечения, об используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
     4. Обеспечить применение наиболее рациональных методов лечения в соответствии с медицинскими показаниями: с применением высококачественных инструментов и материалов; c использованием современных технологий лечения; с предоставлением высокого уровня обслуживания.
     5. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения. При возникновении неблагоприятных последствий вследствие несоблюдения Пациентом назначений и рекомендаций Исполнителя, последний освобождается от ответственности перед Пациентом.
     6. Ставить в известность Пациента о возникших в процессе лечения и/или процессе оперативного вмешательства обстоятельствах, которые могут привести к расширению, увеличению, изменению объема оказываемых услуг и возможным осложнениям, а также к изменению или отказу от запланированного лечения, в том числе о необходимости проведения дополнительных исследований. Согласием Пациента будет являться факт получения незапланированных услуг и продолжение лечения на предложенных условиях.
  2. **Права Исполнителя:**
     1. Самостоятельно определять график консультаций и процедур, график работы специалистов. Внесение изменений в график работы специалистов не является ненадлежащим выполнением условий заключенного сторонами Договора.
     2. Не приступать к оказанию услуг, а начатые услуги приостановить в случаях, если имеет место нарушение Пациентом своих обязательств по Договору, которое препятствует надлежащему исполнению Исполнителем Договора (непредставление Пациентом необходимых для оказания услуг результатов обследования; невыполнение мер по подготовке к предстоящей процедуре/манипуляции, о которых ему было сообщено заранее; также в иных случаях, в том числе, предусмотренных Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг), при отсутствии ситуации, угрожающей жизни и здоровью.
     3. Отказаться от исполнения Договора, если в процессе лечения Пациент будет настаивать на изменении методики лечения и/или оказании таких услуг, применение лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, которые не соответствуют медицинским показаниям, несовместимы с медицинскими стандартами и правилами, нецелесообразны для Пациента или противопоказаны ему по медицинским основаниям. При этом Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы на момент расторжения договора.
     4. Отказаться от исполнения Договора в связи с невозможностью оказания Пациенту услуг, соответствующих установленным законом требованиям к качеству и безопасности медицинских услуг; либо в связи с отсутствием лицензии у Исполнителя на медицинскую деятельность, запрашиваемую Пациентом; либо в связи с отсутствием у Исполнителя возможности оказать услугу по причине отказа лечащего врача от наблюдения за Пациентом и его лечения, при условии, что Исполнитель не имеет возможности предоставить другого врача.
     5. Отказаться от исполнения Договора в связи с отказом Пациента от соблюдений рекомендаций медицинского работника Исполнителя по изменению ( в том числе полному изменению, расширению, увеличению) объема и/или метода лечения и/или проведения дополнительных исследований, во всех случаях необходимых для устранения или облегчения проявлений заболевания состояния) пациента и восстановления (улучшения) его здоровья. При этом Пациент возмещает Исполнителю фактически понесенные расходы на момент расторжения договора.
     6. В одностороннем порядке изменять Прейскурант. Новый Прейскурант считается действующим со дня его утверждения Исполнителем.
  3. **Обязанности Пациента:**
     1. Ознакомиться с внутренней документацией Исполнителя (Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Положением о скидках, Правилами внутреннего распорядка (Правилами поведения пациентов), Прейскурантом и иными документами и локальными нормативными актами, которые расположены в доступном для Пациента месте).
     2. Предоставлять полную информацию о состоянии своего здоровья на день своего обращения за медицинской помощью к Исполнителю, а также обо всех изменениях в состоянии своего здоровья в процессе лечения: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечениях; об аллергических реакциях, индивидуальных реакциях на лекарственные препараты; о фактах переливания крови и ее компонентов; точную информацию об особенностях своего организма, о наличии сопутствующих хронических и перенесенных заболеваниях, а также аллергических реакциях на пищевые продукты; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.
     3. Представить Исполнителю необходимые для эффективного лечения медицинские документы и результаты обследований, в случаях, если Пациент лечился или проходил обследование в других медицинских учреждениях.
     4. Предъявить документ, удостоверяющий личность, при каждом обращении к Исполнителю за оказанием медицинской помощи. Обслуживание Пациентов, оплата за услуги которых предполагается в рамках договора ДМС, осуществляется только при предъявлении паспорта и страхового полиса при каждом обращении к Исполнителю.
     5. Немедленно извещать лечащего врача обо всех изменениях в приеме лекарственных средств (лекарственных препаратов). При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между этапами лечения немедленно известить лечащего врача или дежурного администратора, либо посетить Клинику Исполнителя для решения вопроса об оказании медицинской помощи.
     6. Нести ответственность за достоверность представляемой информации. В случае сокрытия от Исполнителя информации о состоянии своего здоровья, а также сообщение недостоверной информации о своем здоровье, ответственность а свое здоровье и дальнейшие последствия, вызванные сокрытием информации (сообщением недостоверных сведений), приведшие к ухудшению здоровья Пациента, недостижению результата лечения и иным неблагоприятным последствиям, несет Пациент.
     7. В обязательном порядке выполнять все предписания и рекомендации лечащего врача и медицинского персонала. Отказ или уклонение Пациента следовать рекомендациям врача, связанным с лечебным процессом, от соблюдения режима лечения, а также отказ или уклонение Пациента от оплаты услуг, равносилен отказу Пациента от получения медицинских услуг. При возникновении неблагоприятных последствий вследствие несоблюдения Пациентом назначений и рекомендаций Исполнителя, последний не несет ответственности перед Пациентом.
     8. Своевременно оплачивать услуги Исполнителя в порядке, предусмотренном разделом 3 настоящего договора.
     9. До назначения лечения сообщать врачу о тех видах лечения, которые не соответствуют его религиозным взглядам и убеждениям.
     10. Своевременно являться на приемы и процедуры.
     11. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и/или адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего договора, сообщить новые данные администраторам Исполнителя на очередном приеме.
  4. **Права Пациента:**
     1. Выбрать лечащего врача, с учетом согласия врача и с учетом возможностей и ресурсов Исполнителя относительно назначения лечащего врача.
     2. Получать бесплатную и достоверную информацию об условиях предоставления платных услуг. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими пациентами.
     3. Ознакомиться с Прейскурантом Исполнителя.
     4. В любое время в письменной форме отказаться от лечения, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов. При отказе Пациента от лечения Исполнитель не несет ответственности за дальнейшие последствия, вызванные таким отказом.
  5. **Пациент подтверждает личной подписью:**
     1. Информированное добровольное согласие на каждый вид предстоящего медицинского вмешательства;
     2. Справку об оплате оказанных услуг;
     3. Факт ознакомления с назначениями и рекомендациями лечащего врача.

1. **ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**
   1. Цена услуг определяется в соответствии с действующим на момент оказания услуги Прейскурантом Исполнителя, с которым Пациент ознакомлен до подписания Договора. Общая стоимость услуг по Договору определяется исходя из фактического объема оказанных услуг. После каждого посещения Пациенту выдается кассовый чек и справка об оплате оказанных услуг с указанием перечня и стоимости оказанных услуг, суммы остатка неизрасходованных средств или суммы задолженности. Справка об оплате оказанных услуг является неотъемлемой частью настоящего Договора.
   2. Оплата услуг производится путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо безналичным путем с использованием банковской карты (при наличии технической возможности у Исполнителя). Исполнитель имеет право запросить у Пациента предъявление паспорта или иного документа, удостоверяющего его личность, при оплате им медицинских услуг с использованием банковской карты. По согласованию с исполнителем, оплата может производиться безналичным путем с расчетного счета.
   3. После заключения договора Пациент, по желанию, может заранее вносить денежные средства за предстоящее лечение в любом размере. В таком случае оплата услуг Исполнителя производится по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей услуги. После каждого посещения Пациенту выдается кассовый чек и справка об оплате оказанных услуг с указанием перечня и стоимости оказанных услуг, суммы остатка неизрасходованных средств или суммы задолженности. Неизрасходованные денежные средства возвращаются Пациенту. В случае возникновения задолженности, Пациент обязуется ее погасить перед следующим приемом к врачу.
   4. В случае 100 % предоплаты комплекса услуг, оплата производится по расценкам Прейскуранта действовавшего на момент внесения предоплаты. После оплаты пациенту выдается кассовый чек и справка об оплате оказанных услуг с указанием перечня и стоимости оказанных услуг. Справка об оплате оказанных услуг является неотъемлемой частью настоящего Договора. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, их стоимость оплачивается по расценкам Прейскуранта, действующего на момент оказания соответствующей дополнительной услуги.
   5. В случае оказания услуг по программам ДМС, Пациент самостоятельно оплачивает фактически оказанные медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, в соответствии с условиями настоящего Договора. В случае, если лечение, произведенное Пациенту, не будет оплачено его страховой компанией полностью или частично в течение 60 календарных дней с момента направления соответствующего счета в страховую компанию, Пациент обязан осуществить оплату оказанных ему услуг в течение 7 рабочих дней с момента получения соответствующего письменного требования от Исполнителя.
   6. Пациент вправе получить скидки на услуги Исполнителя в рамках проводимых Исполнителем акций. Суммы, полученные Исполнителем в качестве оплаты оказанных услуг в рамках программ ДМС, не учитываются при расчете скидок согласно действующим акциям.
   7. При изменении Прейскуранта Исполнителя в процессе лечения подлежит изменению только стоимость последующих медицинских услуг. Стоимость всех ранее оплаченных услуг не меняется.
   8. За нарушение условий и сроков оплаты по настоящему Договору Исполнитель вправе взыскать с Пациента пени в размере 0,5% от суммы задолженности за каждый день просрочки.
2. **ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА**
   1. Исполнитель гарантирует неразглашение передаваемых Пациентом сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состояние здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении). С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, указанным в п.4.2. настоящего Договора. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, установленных действующим законодательством РФ.
   2. Пациент разрешает Исполнителю предоставлять сведения о факте своего обращения а медицинской помощью, о состоянии своего здоровья, диагнозе заболевания и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении следующим лицам:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Настоящим Пациент дает свое согласие на передачу информации о себе, составляющую врачебную тайну, а также содержащую его персональные данные: всем организациям, входящим в ООО «МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПАНАЦЕЯ ПЛЮС» и их подразделениям (филиалам); в страховую компанию, осуществляющую оплату за Пациента по программам ДМС; юридическому лицу, осуществляющему оплату за Пациента; в страховую компанию, осуществляющую страхование профессиональной ответственности медицинских работников, непосредственно участвующих в оказании платных медицинских услуг Пациенту.
3. **ГАРАНТИЙНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА**
   1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг : выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг материалов, препаратов, инструментов, оборудования. Исполнитель предупреждает, что в силу специфики медицинских услуг, при надлежащем выполнении сторонами своих обязательств по договору, не может гарантировать достижения 100% результат оказания медицинской услуги.
   2. Исполнитель не гарантирует положительный результат предоставляемых услуг и не несет ответственности перед Пациентом, а также может быть освобожден от ответственности в случаях, установленных Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг.
   3. Нарушение Пациентом сроков лечения и рекомендаций фиксируются Исполнителем в одностороннем порядке путем соответствующих записей в медицинской карте.
   4. В случае несогласия Пациента с проведением дополнительных исследований, рекомендованных Исполнителем, последний не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза.
4. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ. Стороны договорились, что при возникновении споров будут стремиться разрешить сложившуюся ситуации путем переговоров. Претензия Пациента рассматривается Исполнителем в течение 10 календарных дней с момента ее получения.
   2. Споры между Сторонами настоящего договора могут быть переданы на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
   3. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнуто результата у Пациента в случаях : - неявки или несвоевременной явки Пациента на приемы или контрольные осмотры;- досрочного расторжения договора по инициативе Пациента при наличии начатого лечения; - несоблюдения Пациента рекомендаций ( в том числе рекомендаций о необходимости прохождения консультаций у иных специалистов), полученных от медицинских работников Исполнителя.
   4. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства/лечения, возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.
   5. Осложнения, наступившие после оказания услуг в случае несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций Исполнителя (предписанный лечебный режим, временные ограничения в выборе продуктов питания, назначенные препараты, режим физической активности и т.д.) не являются показателем плохого качества услуг и основанием для предъявления претензий к Исполнителю.
   6. Стороны не несут ответственности за неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если неисполнение было вызвано действием непреодолимой силы, то есть чрезвычайных обстоятельств, которые ни одна из сторон не могла заранее предвидеть и предотвратить. К числу форс-мажорных обстоятельств также относятся : аварии коммунальных систем, повлекшие отключение воды, электричества и тепла, поломка оборудования и т.д.
   7. Исполнитель не несет ответственности за последствия, которые могут возникнуть в случае предоставления Пациентом неполной или недостоверной информации, перечисленной в п.2.3.2. настоящего Договора.
   8. Настоящий Договор может быть расторгнут ранее окончания срока его действия по инициативе Исполнителя, в связи с невозможностью исполнения последним своих обязательств по договору вследствие неисполнения либо нарушения Пациентом предписаний и рекомендаций медицинских работников Исполнителя и /или условий настоящего договора.
5. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**
   1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует бессрочно.
   2. Пациент вправе в любое время отказаться от лечения и расторгнуть договор, при условии полной оплаты Исполнителю фактически оказанных услуг. В этом случае, Пациент не вправе предъявить Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.
   3. Настоящий договор может быть изменен по соглашению Сторон.
   4. Пациент информирован о том, что в целях обеспечения безопасности, в Клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение и не возражает против этого.
   5. Подписывая настоящий Договор, Пациент дает свое согласие на обработку следующих его персональных данных : фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес регистрации, адрес фактического проживания, телефон, адрес электронной почты, должность, место работы, паспортные данные, идентификационный номер налогоплательщик (ИНН), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о документах удостоверяющих личность, биометрические персональные данные, состояние здоровья и других данных, предоставленных им лично Исполнителю, с целью выполнения договора, выгодоприобретателем которого является Пациент, а также соблюдения требований Конституции Российской Федерации, Гражданского кодекса РФ, Федерального закона от 21.11.2022 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», и иных законов РФ в области здравоохранения, автоматизированным и неавтоматизированным способом в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ и локальными нормативными актами Исполнителя.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие : обработка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение. Подписывая настоящий договор, Пациент согласен на передачу сведений о нем, перечисленных в настоящем пункте, в страховые медицинские организации ( в которых он застрахован по программе ДМС, а также в которых застрахованы его жизнь и здоровье); ассистанские компании, которые организуют взаимодействие между страховой организацией, Пациентом и Исполнителем; страховую организацию, в которой застрахована ответственность врачей, оказывающих услуги по настоящему Договору; компании, входящие в группу компаний «МЦ Панацея Плюс» и их подразделениям (филиалам), всем должностным лицам, входящим в группу компаний «МЦ Панацея Плюс». Пациент дает свое согласие на передачу его персональных данных, перечисленных в настоящем пункте, включая сведения о фактах обращения за медицинской помощью, о его состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, о результатах анализов и иных исследований и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении третьим лицам, привлеченным Исполнителем для оказания пациенту медицинских услуг, а так же независимым экспертам и независимым специалистам, привлеченным с целью осуществления Исполнителем контроля качества медицинской помощи. Получение и передачу указанных сведений Пациент разрешает осуществлять в целях наиболее эффективного выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. Пациент дает согласие на то, что подписание настоящего Договора является для организаций, относящихся к группе компаний «Медицинский Центр Панацея Плюс», основание для предоставления запрошенных о нем сведений, в том числе, содержащих персональные данные и врачебную тайну, Исполнителю. Согласие действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору. Далее обработка персональных данных осуществляется на основании действующего законодательства РФ. Исполнитель вправе добровольно прекратить обработку персональных данных до истечения указанного срока, не уведомляя Пациента об этом. Настоящее согласие может быть отозвано Пациентом в письменной форме в любое время.

* 1. С целью получения информационных услуг в электронном виде, Пациент может воспользоваться сайтом Исполнителя : [www.panacea-kyznechiha.ru](http://www.panacea-kyznechiha.ru).
  2. Договор составлен в двух экземплярах, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.
  3. При заключении дополнительного соглашения к настоящему договору, с целью оказания услуг по программе «Депозит», наряду с нормами, установленными настоящим договором и дополнительным соглашением, действуют нормы Положения о программе «Депозит».
  4. При наличии возможности (как по устному или письменному обращению, так и по инициативе Клиники), сообщать и направлять данные медицинских анализов, по указанным в настоящем договоре или отдельных заявлениях телефонам, адресам электронной почты Пациента. О последствиях такой отправки, в том числе, о возможности доступа к направляемой информации третьих лиц в процессе и/или результате такой пересылки, Пациент предупрежден, никаких претензий к Исполнителю иметь не будет. Если Пациент не согласен предоставить Исполнителю такое право, он не указывает в настоящем Договоре данные своей электронной почты и номер своего телефона.

Электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Настоящим пунктом Пациент дает свое согласие на получение рассылки Исполнителя, с информацией о назначенных приемах, об оказываемых Исполнителем услугах, проводимых Исполнителем акциях, действующих скидках, а также иную информацию о деятельности Исполнителя и иных юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, входящих в группу компаний «МЦ Панацея Плюс» на номер телефона и адрес электронной почты Пациента, указанный в настоящем договоре или отдельных заявлениях Пациента.
  2. Пациент подтверждает, что договор им прочитан, смысл и значение каждого пункта ему разъяснены, понятны и соответствуют его намерениям. Все медицинские термины и понятия, используемые в настоящем договоре, а также в информированном добровольном согласии, на момент его подписания, в доступной форме объяснены специалистами Исполнителя и понятны Пациенту. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что проинформирован(а) о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, своей подписью дает согласие на получение медицинских услуг на платной основе в данной медицинской организации, готов(а) и обязуется их оплатить.

**8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес: ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс» 603162,  Нижегородская область,  город Нижний Новгород, улица Мечтателей, дом 4, П1  ОГРН: 1215200006460  ИНН/КПП: 5262377733/526201001  р/с 40702810429050007386  ФИЛИАЛ “НИЖЕГОРОДСКИЙ” АО “АЛЬФА-БАНК”  к/с 30101810200000000824  телефон: 8(831) 262-10-10  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись исполнителя)  М.П. | ФИО:  Адрес:  Паспорт:  СНИЛС:  ИНН:  Тел.:  E-mail:  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  Плательщик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ |
| Медицинская лицензия: № ЛО-52-01-007134 от 15.11.2021г | |
| Подписанием договора подтверждаю свое ознакомление с документацией Клиники (Положением по организации оказания платных медицинских услуг в ООО «Медицинский Центр Панацея Плюс», Положением о порядке и условиях оказания поликлинических услуг, Положением о скидках, Положением о гарантиях, Правилами внутреннего распорядка (правила поведения Пациентов), Правилами подготовки к диагностическим исследованиям, размещенными на сайте Клиники в сети Интернет [www.panacea-kyznechiha.ru](http://www.panacea-kyznechiha.ru), Прейскурантом и иными документами локальными нормативными актами Исполнителя) | |