Уведомление Потребителя (Заказчика) о последствиях несоблюдения рекомендаций

В соответствии **с** пунктом 24 Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023 г. «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4.10.2012 г. №1006» Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио» до заключения договора об оказании платных медицинских услуг уведомляет потребителя о том, что 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.

Потребитель:__∨_____/ _____ /

Д О Г О В О Р №_____

на оказание платных медицинских услуг

г. Омск **«___» _____ 202__ г.**

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио», в лице старшего координатора Елисеенко Аиды Ивановны, действующей на основании доверенности №1 от 18.12.2020 г, с одной стороны,

Потребитель: _____,

действующий от собственного имени и в своих интересах,

или действующий через законного представителя:_____,

или действующий через представителя по доверенности _____

(доверенность №_____ от _____20__г., удостоверена _____),

Заказчик (в случае внесения оплаты по договору Заказчиком)_____

с другой стороны, совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор (далее по тексту «Договор») о нижеследующем:

I. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности, на основании медицинских показаний, а также добровольного волеизъявления Потребителя предоставляет Потребителю платные медицинские услуги, а Потребитель оплачивает медицинские услуги.

1.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности (Лицензия №Л041-01165-55/0056359 действует бессрочно) выдана ФС по надзору в сфере здравоохранения по Омской области: г. Омск, ул. Сенная, дом 22, тел. 8(3812) 20-11-04). Перечень разрешенных работ (услуг) лицензии, составляющих медицинскую деятельность, размещены на сайте Исполнителя: https//www.omsk-embio.ru, а также на бумажном носителе в информационной книге для посетителей в помещении Исполнителя.

1.3. Перечень и стоимость оказания медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяются в дополнительных соглашениях, которые являются неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные соглашения заключаются каждый раз при выборе Потребителем услуг в течение срока действия договора.

II. Условия и порядок оказания медицинских услуг

2.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по настоящему договору в помещении, расположенном по адресу: 644043, г.Омск, ул.Волочаевская, д.11/1, пом. 30П, в соответствии с установленным режимом работы Исполнителя, а также графиком работы специалистов (медицинских работников) Исполнителя.

2.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется на основании предварительной записи Потребителя. Предварительная запись производится при личном обращении Потребителя в регистратуру, а также по телефону: 7 (3812) 95-55-63 или посредством сети интернет через сайт Исполнителя: https//www.omsk-embio.ru. Срок ожидания платных медицинских услуг, оказываемых в порядке предварительной записи, определяется датой и временем записи.

2.3. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Исполнитель:

- ознакомил Потребителя с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- проинформировал Потребителя 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;
- предоставил Потребителю информацию о том, что Исполнитель участвует в реализации территориальной программы бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством, а именно осуществляет лечение по базовой программе ВРТ (ЭКО), криоконсервации и переносу криоконсервированных эмбрионов;
- ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736;
- ознакомил Потребителя с локальными актами Исполнителя, в том числе с действующим Прейскурантом цен на медицинские услуги и видами оказываемых медицинских услуг, Политикой обработки персональных данных, Правилами внутреннего распорядка, Положением о порядке выдачи медицинской документации. Все локальные акты Исполнителя размещены на сайте: https//www.omsk-embio.ru, а также на бумажных носителях в информационной книге для посетителей в помещении Исполнителя.
- предоставил Потребителю информацию о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи (при наличии), применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- предоставил Потребителю информацию о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации).

2.4. Срок выполнения медицинской услуги определяется периодом услуги с учетом медицинской специфики с момента обращения Потребителя до момента получения Потребителем протокола консультации (исследования) специалиста (иного документа, подтверждающего оказание медицинской услуги) и/или исчезновения медицинских показаний для продолжения лечения.

III. Обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

- оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с утвержденными порядками, клиническими рекомендациями, а также с учетом стандартов медицинской помощи;
- соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся здоровья Потребителя;
- вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке;
- предоставить медицинские услуги по настоящему договору при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
- после оказания платной медицинской услуги, в день ее получения, выдать Потребителю протокол консультации (исследования) специалиста или иной документ, подтверждающий оказание медицинской услуги;
- выдать Потребителю по его письменному запросу медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов). Порядок выдачи медицинских документов организован в соответствии с Приказами Минздрава от 31.07.2020 №789Н, от 14.09.2020 №972Н и принятыми в соответствии с ними локальными нормативными актами Исполнителя.
- предоставить информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видов медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

3.2. Потребитель обязуется:

- дать письменное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от медицинского вмешательства;
- сообщить до оказания услуги все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения;
- выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему договору;
- своевременно оплатить стоимость предоставляемых услуг.

IV. Стоимость услуги и порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется действующим на момент их оплаты Прейскурантом цен на медицинские услуги Исполнителя.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется до их получения путем внесения 100% предоплаты наличных денежных средств в кассу Исполнителя либо по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

V. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

5.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего договора и в связи с ним подлежат урегулированию путем переговоров, а в случае не достижения согласия между сторонами, .

VI. Срок действия договора и заключительные положения

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует в течение года с момента его подписания.

6.2. Настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон до истечения срока его действия, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. У каждой из сторон находится один экземпляр настоящего договора, все экземпляры имеют одинаковую юридическую силу.

6.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны лишь в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны сторонами.

6.5. Исполнитель информирует Потребителя, что он вправе направить письменное обращение (жалобу) в органы государственной власти и организации, а также в адрес Исполнителя.

VII. Адреса и подписи сторон

Исполнитель:	**Потребитель (Представитель Потребителя):**
Общество с ограниченной ответственностью «Альфа-ЭмБио» Адрес: 644043, г. Омск, ул. Волочаевская, д.11, к.1, пом. 30П ИНН/КПП: 5503238418/550301001; ОГРН: 1125543054207; р/сч 40702810323320000124 в Филиале «Новосибирский» ПАО «АЛЬФА-БАНК» к/сч 30101810600000000774; БИК 045004774; тел.: +7 (3812) 95-55-63, моб. 51-91-25, e-mail: info.embio@mail.ru, https//www.omsk-embio.ru	ФИО: _____ _____ Адрес: _____ _____ Паспорт _____выдан_____ _____дата выдачи_____ Телефон:
_____/_____/ м.п.	_____/_____/

Заказчик:_____ Адрес:_____

Паспорт _____выдан_____дата выдачи_____

Телефон: _____ _____/_____/