

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Воронеж

___ месяца 2026 г.

Индивидуальный предприниматель Резников Максим Константинович, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе платные медицинские услуги в рамках консультативно-диагностической, лечебной и профилактической помощи по специальности «психиатрия» (далее — Услуги), а Пациент обязуется принимать и оплачивать эти Услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим Договором.

1.2. Конкретный перечень, объем, сроки и стоимость Услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, определяются в Приложениях, которые являются его неотъемлемой частью. Первым таким документом является Приложение №1, подписываемым Сторонами одновременно с настоящим Договором.

1.3. Последующие Услуги («Прием врача-психиатра повторный») включаются в Перечень на основании письменных назначений лечащего врача и/или по заявке Пациента. Условия оказания каждой Услуги (наименование, код, дата и время, стоимость) определяются в отдельном Приложении к настоящему Договору, подписываемом Сторонами. В целях оперативности допускается подтверждение условий оказания Услуги посредством Заявки Пациента (записи на прием через Медицинскую информационную систему), содержащей все существенные условия, и последующего подтверждения со стороны Исполнителя.

1.4. Все Услуги оказываются Исполнителем

- в соответствии с профилем своей деятельности,
- на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01136-36/00338039 выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области 26.11.2021, выданной бессрочно. Перечень работ, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией: - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: психиатрии. Адрес органа, выдавшего лицензию - 394006, Воронеж, ул. Красноармейская, д.52, тел. (473)212-61-79.
- в соответствии с действующими на момент оказания Услуги порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), стандартами медицинской помощи;
- по ценам (тарифам), установленным в Прейскуранте на платные медицинские услуги Исполнителя (далее — Прейскурант), действующем на дату оказания конкретной Услуги.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Воронеж, ул. Ленинградская, д.134, в соответствии с режимом работы и графиком работы врача.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры +79304170288 или посредством сети Интернет через Медицинскую информационную систему (ссылка указана на сайте Исполнителя).

2.3. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет его средств. Медицинские услуги, оказываемые Исполнителем, не облагаются налогом на добавленную стоимость (НДС).

2.4. Расчеты между Исполнителем и Пациентом осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя наличными деньгами, либо с использованием банковских карт, мобильных приложений и любых других способов, не запрещенных в РФ.

2.5. Оплата медицинских услуг осуществляется Пациентом непосредственно до получения услуги. Исполнитель имеет право не приступать к оказанию медицинской услуги до внесения средств Пациентом.

2.6. В случае если медицинская услуга не была оказана по вине любой из сторон, Пациенту предлагается на выбор: - согласовать с сотрудниками Исполнителя и перенести дату оказания данной услуги на другое время; - написать заявление на возврат денежных средств, уплаченных за не оказанную услугу. Возврат осуществляется в течении 10 календарных дней со дня передачи заявления.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставить Пациенту информацию о медицинской услуге, ее объеме, содержании, ознакомить Пациента с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги.

3.1.2. Предоставить Пациенту информацию об Исполнителе услуг, в том числе информацию о юридическом статусе Исполнителя, режиме работы, правилах внутреннего распорядка, порядке оказания медицинских услуг, контактные телефоны, информацию о специалистах, оказывающих медицинские услуги, их образовании и квалификации. Указанная информация является открытой и размещается в помещении Исполнителя в доступном месте, а также на сайте Исполнителя в сети Интернет.

3.1.3. Оказать Пациенту квалифицированную медицинскую помощь, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи, сложившейся клинической практики, принципов доказательной медицины, обеспечив Пациенту соответствующие санитарно-гигиенические условия.

3.1.4. После исполнения Договора выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения.

3.1.5. При возникновении или выявлении обстоятельств, делающих невозможным оказание медицинской помощи в соответствии с характером лицензии (выявление медицинских показаний или противопоказаний Пациента, выявленной непереносимости лекарственных препаратов и т.п.), Исполнитель обязуется сообщить об этом Пациенту, рекомендовать ему обращение в другую медицинскую организацию, перенос даты оказания услуги, сокращение объема медицинской помощи.

3.1.6. Предоставить Пациенту достоверную информацию о его состоянии здоровья, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных осложнениях, противопоказаниях.

3.1.7. Осуществлять обработку персональных данных Пациента в порядке и пределах установленных законодательством РФ.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Перенести оказание медицинской услуги по предварительной записи, в случае опоздания Пациента более чем на 15 минут.

3.2.2. Сократить время оказания услуги в случае опоздания Пациента.

3.2.3. Отказать в исполнении медицинской услуги в случае явки пациента на прием в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, с животными, с оружием, красящими, едкими и отравляющими веществами.

3.2.4. Осуществлять выбор тактики лечения, назначенных медикаментов, определять объем диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, обсуждая это с Пациентом.

3.2.5. В случае потенциальной угрозы здоровью и жизни Пациента и при невозможности последнего выразить свою волю (например, потеря сознания), самостоятельно определять объем медицинских услуг, необходимый для медицинской помощи и привлекать для этого третьих лиц (например, сотрудников скорой помощи).

3.2.6. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания ему медицинских услуг.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. До подписания настоящего Договора ознакомиться с его текстом, а также с Правилами внутреннего распорядка, Правилами оказания медицинских услуг, информацией об Исполнителе и специалисте, оказывающем медицинские услуги, размещенными на информационных стендах и сайте Исполнителя, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных. Подписание настоящего Договора является свидетельством ознакомления и согласия Пациента с вышеназванными документами и информацией.

3.3.2. Подписать форму добровольного информированного согласия до начала оказания медицинской услуги.

3.3.3. Предоставлять полную достоверную информацию, необходимую для оказания медицинских услуг, в т.ч. о состоянии своего здоровья, хронических заболеваниях, злоупотреблении алкоголем или фактов употребления наркотических средств, информацию об аллергических реакциях, предоставить копии медицинских документов при их наличии. Пациент осознает, что сокрытие достоверной информации о своем здоровье может повлечь снижение качества медицинской услуги, привести к врачебной ошибке.

- 3.3.4. При обнаружении осложнений в ходе лечения проинформировать Исполнителя о них и получить консультативную и лечебную помощь в рамках возможностей Исполнителя.
- 3.3.5. Соблюдать условия настоящего договора, неукоснительно и добросовестно выполнять указания врача.
- 3.3.6. Являться на приемы (осмотры, консультации) специалиста в рекомендованные сроки, без опозданий.
- 3.3.7. В случае невозможности явки в указанное время извещать Исполнителя через регистратуру как минимум за 3 часа до приема.
- 3.3.8. Соблюдать Правила внутреннего распорядка.
- 3.3.9. Оплатить стоимость услуг в размере и на условиях, указанных в разделах 1 и 2 настоящего Договора.

3.4. Пациент имеет право:

- 3.4.1. Получить в доступной форме имеющуюся у Исполнителя информацию о своем состоянии здоровья, установленном диагнозе, прогнозе, методах оказания медицинской помощи и связанном с ними риске. Информация предоставляется пациенту лечащим врачом.
- 3.4.2. Получать копии медицинских документов или выписки из них, отражающие состояние здоровья и получение медицинской помощи.
- 3.4.3. В случае, если Пациент не удовлетворен качеством оказанных медицинских услуг, он имеет право составить письменную претензию, указав в обязательном порядке наименование медицинских услуг, в отношении которых предъявляется данная претензия, дату оказания данной услуги, а также суть претензий. Ответ на претензию направляется Исполнителем по адресу Пациента, указанного в настоящем Договоре, заказным письмом с уведомлением в течение 10 рабочих дней.
- 3.4.4. Требовать сохранения конфиденциальности информации, содержащей врачебную тайну, в порядке, установленном ст.13 323-ФЗ от 21.11.2011.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору в соответствии с законодательством Российской Федерации, включая Закон РФ «О защите прав потребителей».
- 4.2. За некачественное оказание медицинских услуг Исполнитель несет ответственность в порядке, установленном законом.
- 4.3. Исполнитель не несет ответственности за последствия, наступившие в результате непредоставления Пациентом полной и достоверной информации о состоянии своего здоровья, а также за невыполнение Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача.
- 4.4. Исполнитель не несет ответственности за ухудшение состояния здоровья Пациента, которое может возникнуть после оказания медицинской услуги, но не вследствие ее при условии, что Исполнитель оказал услугу надлежащим образом.
- 4.5. Исполнитель не несет ответственности за вещи и документы, оставленные или забытые Пациентом на территории Исполнителя.
- 4.6. Пациент несет ответственность за достоверность и полноту передаваемой в соответствии с настоящим договором информации и гарантирует предоставление всех письменных подтверждений. В случае сокрытия достоверной информации Исполнитель не несет ответственности за ненадлежащее оказание медицинской услуги.
- 4.7. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение своих обязательств, которое явилось следствием обстоятельств неодолимой силы (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, теракты, коммунальные аварии, принятие соответствующими органами решений и т.п.).

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ОСНОВАНИЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение одного года. Если ни одна из Сторон не заявит о прекращении Договора за 30 дней до истечения срока, его действие продлевается на каждый последующий год.
- 5.2. Договор может быть прекращен по взаимному согласию Сторон или же в одностороннем порядке, уведомив другую сторону, в соответствии с п.5.3-5.4 Договора.
- 5.3. По инициативе Пациента Договор может быть расторгнут в одностороннем внесудебном порядке в любое время.
- 5.4. По инициативе Исполнителя Договор может быть расторгнут в одностороннем внесудебном порядке в случае выявления у Пациента социально значимого заболевания или заболевания, представляющего опасность для окружающих (в соответствии с ст.43 №323-ФЗ от 21.11.2011).

5.5. Исполнитель вправе отказать в оформлении Приложения на оказание последующих услуг (повторный прием) в случае неоднократного (два раза) нарушения Пациентом правил внутреннего распорядка или неявки на запланированный прием по Приложению без предварительного уведомления (менее чем за 3 часа).

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.3. Исполнитель в доступной форме проинформировал Пациента 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. Получение бесплатной медицинской помощи по специальности психиатрия, в том числе в рамках диспансерного наблюдения, возможно, в Воронежском областном клиническом психоневрологическом диспансере (Адрес: 394071, г. Воронеж, ул. 20-летия Октября, 73, тел. (473) 2020281).

6.4. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать дополнительные соглашения, приложения к настоящему Договору со стороны Исполнителя. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

6.5. Листки нетрудоспособности Исполнителем не выдаются.

6.6. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что условия Договора ему понятны, с Договором согласен в полном объеме.

6.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что в соответствии с п.15 Постановления Правительства РФ №1006 от 04.10.2012 г. Исполнитель до заключения договора об оказании платных медицинских услуг в письменном виде уведомил Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 пациента.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Индивидуальный предприниматель Резников Максим Константинович, ОГРНИП 321366800008899, ИНН 366406547955, Свидетельство о гос. регистрации ИП от 05.02.2021 г., выданное МИФНС №12 по ВО

Адрес в реестре: 394030 г. Воронеж, ул. Кропоткина, д.10, кв.56;

Адрес осуществления мед.деятельности: 394029, г. Воронеж, ул. Ленинградская, 134, помещение 2/1

Банковские реквизиты: р/счет: 40802810002500123339 в ООО «Банк Точка», к/счет: 30101810745374525104, БИК 044525104

Телефоны: **+79304170288**, **+79204050307**, Сайт: **https://reznikov.pro** (**https://reznikov.pro**), email: **maxim@reznikov.pro** (**mailto:maxim@reznikov.pro**)

Пациент

ФИО пациента: **УКАЗЫВАЮТСЯ ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА**

Адрес: **УКАЗЫВАЕТСЯ АДРЕС ПАЦИЕНТА**

Паспорт **УКАЗЫВАЮТСЯ ПАСПОРТНЫЕ РЕКВИЗИТЫ ПАЦИЕНТА**

Телефон(ы): **НОМЕР ТЕЛЕФОНА**

ИП _____ Резников М.К.

Подпись _____ /

Приложение №1 к договору на оказание платных медицинских услуг №_____ от ____ МЕСЯЦА 2026 г.

ФИО пациента: ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

Место оказания услуги: г. Воронеж, ул. Ленинградская, д. 134, помещение 2/1

Дата оказания услуги	Код услуги	Название услуги	Врач	Стоимость
____ МЕСЯЦА 2026 г.	В01.035.001	Прием врача-психиатра первичный	Резников Максим Константинович	xxxxxx рублей

Исполнитель

Пациент

Индивидуальный предприниматель Резников Максим Константинович

ФИО пациента:УКАЗЫВАЕТСЯ ФАМИЛИЯ ИМЯ ОТЧЕСТВО

Адрес осуществления мед.деятельности: 394029, г. Воронеж, ул. Ленинградская, 134, помещение 2/1

Адрес: УКАЗЫВАЕТСЯ АДРЕС

Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01136-36/00338039 выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области 26.11.2021

Телефон: НОМЕР ТЕЛЕФОНА

Телефон: (473)229-03-23, сайт: <https://reznikov.pro> (<https://reznikov.pro>), email: doctor@reznikov.pro (<mailto:doctor@reznikov.pro>)

Подпись _____ / Резников Максим Константинович /

Подпись _____ /