

До заключения договора Исполнитель в доступной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение всех назначений и рекомендаций Исполнителя, предписаний специалистов, включая соблюдение дат приемов, соблюдение режима распорядка дня, питания, приема лекарств, соблюдение иных ограничений, а также несвоевременное уведомление Исполнителя об имеющихся заболеваниях, могут снизить качество услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента, а также уведомляет о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.  
Тест Арнольд Петрович ✓ (Подпись Пациента)

## ДОГОВОР № на оказание (предоставление) платных медицинских услуг

г. Москва

5 февраля 2024 г.

Общество с ограниченной ответственностью «Селин Медикал Групп», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» или «Клиника», в лице генерального директора Климова А.М., действующего на основании Устава, с одной стороны, и Тест Арнольд Петрович, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», получающая(ий) платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором, при совместном упоминании именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинскую помощь в форме платных услуг («Услуги»), а Пациент обязуется оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором и Правилами предоставления платных медицинских услуг ООО «Селин Медикал Групп» («Правила»), размещенными на сайте <https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/pravila-okazaniya-platnih-meditsinskih-uslug.pdf>, в уголке потребителя и на стойках ресепшн Клиники. «Правила» являются неотъемлемой частью Договора, как если бы они были включены в его текст. Подписанием настоящего Договора Пациент подтверждает, что ознакомлен с «Правилами» и полностью и безусловно присоединяется к ним. Перечень и стоимость услуг указаны в Приложении № 2 к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору действительны только если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

2. Оказание услуг осуществляется в соответствии с режимом работы Клиники, по предварительной записи, по адресу: 119021, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр. 15. Запись осуществляется на свободное время врача-специалиста в соответствии с расписанием приема Пациентов в выбранное Пациентом время и дату приема.

3. Расчет за предоставляемые услуги проводятся Пациентом в полном объеме перед оказанием. Оплата услуг производится путем перечисления суммы за предоставляемые услуги наличными или безналичными денежными средствами путем внесения их в кассу Исполнителя или путем перечисления их на расчетный счет. Датой платежа и моментом исполнения обязанности Пациента оплатить услуги считается дата поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

4. Пациент уведомлен о том, что должен соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения Пациента в Клинике, а также о том, что без взимания дополнительной платы в установленные законодательством Российской Федерации сроки Исполнителем выдаются медицинские документы (в том числе копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Пациента после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

5. Оказание дополнительных медицинских услуг, не включенных в предмет Договора, оформляется в виде дополнительного соглашения к Договору или нового Договора с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости. Без письменного согласия Потребителя ООО «Селин Медикал Групп» не вправе оказывать дополнительные услуги на возмездной основе. Письменное согласие Потребителя может быть выражено в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, подписанное Потребителем собственноручно, и Акте по выполненным работам (оказанным услугам).

6. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ. Исполнитель не несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если при той степени заботливости и осмотрительности, которая требовалась по характеру выполнения действий, ожидаемый результат не был достигнут в силу того, что, несмотря на правильные действия, уровень медицинской помощи не гарантирует 100% результата. Исполнитель не несет ответственности за осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут исключить.

7. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его обеими Сторонами и действует до 31.12.2024 года. Действие настоящего Договора автоматически пролонгируется неограниченное количество раз, на следующий календарный год при условии, что ни одна из Сторон не заявила письменно о его расторжении за один месяц до истечения его действия.

8. При одностороннем отказе одной из Сторон от Договора Пациенту возвращается уплаченный аванс (предварительная оплата) в полном объеме или, если Исполнителем фактически понесены расходы либо часть услуг оказана Заказчику полностью, аванс (предварительная оплата) подлежит возврату за вычетом соответствующих сумм.

9. Стороны подтверждают, что при заключении Договора Пациенту предоставлена полная информация в доступной форме о тех услугах, которые будут предоставлены. Все понятия, используемые в Договоре, трактуются в соответствии с ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Во всем остальном Стороны руководствуются законодательством РФ.

10. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую силу. Согласно ст.160 ГК РФ при подписании Договора и приложений к нему Исполнитель может использовать факсимильное воспроизведение подписи.

11. Приложения, изложенные в настоящем пункте, являются неотъемлемой частью настоящего Договора:

1. «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство»; 2. «Перечень платных медицинских услуг»; 3. «Согласие пациента на передачу и обработку персональных данных»; 4. «Правила предоставления платных медицинских услуг «Селин Медикал Групп»».

12. Документом, подтверждающим факт государственной регистрации юридического лица и внесения сведений о Клинике в ЕГРЮЛ (ОГРН 1187746315382) является – лист записи, выдан «21» марта 2018 года Межрайонной Инспекцией ФНС № 46 по г. Москве.

13. Исполнитель предоставляет медицинские услуги на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности от 30.07.2020 г., регистрационный номер Л041-01137-77/00361612, выданной Департаментом Здравоохранения города Москвы (г. Москва, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00. Срок действия лицензии: бессрочно. Лицензирующий орган: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (109074, г. Москва, Славянская площадь, дом 4, строение 1, тел: 8 (495) 698-45-38; 8 (499) 578-02-30).

С содержанием лицензии можно ознакомиться по ссылке: [https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/%D0%9B041-01137-77\\_00361612\\_1.pdf](https://seline.ru/bitrix/templates/seline/files/%D0%9B041-01137-77_00361612_1.pdf)



### 14. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**  
ООО "Селин Медикал Групп"  
Юридический адрес: 129090, Москва, Протопоповский переулок, дом №19, строение №13, этаж 4, комната 11.  
Фактический адрес: 119034, г. Москва, ул. Тимура Фрунзе, д. 11, стр.15.  
Тел.: +7 (499) 499-26-26, E-mail: info@seline.ru  
ОГРН: 1187746315382 ИНН/КПП: 7703445101/770201001  
Р/счет: 4070281052600000687 ФИЛИАЛ «Центральный» БАНКА ВТБ (ПАО) в г. Москва  
К/счет: 30101810145250000411 БИК: 044525411  
Генеральный директор: \_\_\_\_\_ / А.М. Климов

**ПАЦИЕНТ:**  
Тест Арнольд Петрович  
Паспорт гражданина РФ, серия: 58 76, № 567970, выдан: 04.06.1992, отдел, № подр.  
Адрес регистрации: 142050, Московская обл., г. Домодедово, ул. Свободы (Белые Столбы мкр.), д. 5, кв. 123  
Телефон: +7(123)654-78-93  
✓ \_\_\_\_\_ / Тест Арнольд Петрович

© Охраняется авторским правом.

Исключительное право на распространение принадлежит ООО «Селин Медикал Групп»  
\_\_\_\_\_ (Исполнитель) Подписи

Страница 1 из 6  
\_\_\_\_\_ (Пациент)



Перечень платных медицинских услуг к приему  
№ \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Организация:**

**Врач:**

**Пациент:**

№ п/п	Артикул	Наименование услуги (работ)	Кол-во	Цена (рубли)	Сумма	Сроки оказания услуг	Скидка	Сумма со скидкой
1.								
2.								
3.								
<b>Итого:</b>								

**Принято к оплате**

\_\_\_\_\_  
**Наличными/по карте**

**Итого оплачено:**  
\_\_\_\_\_

**Подписывая настоящее приложение, Пациент подтверждает, что:**

- Ознакомлен и согласен с перечнем платных медицинских услуг, их количеством и стоимостью.
- Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

**Клиника: ООО «Селин Медикал Групп»**

**Пациент:**

**Кассир** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ /Тест Арнольд Петрович





**Анамнестическая анкета к договору-согласию на оказание медицинских услуг.  
Уважаемый пациент для более точного сбора анамнеза просим заполнить эту анкету**

Фамилия И.О. Тест Арнольд Петрович Пол \_\_\_\_ Возраст 20.05.1964

**ВОПРОСЫ**

(Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, затем верните врачу)

Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом?	Да	Нет
Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу и т. д.?	Да	Нет
К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия? 1)		
2)		
3)		
Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?	Да	Нет
Бывает ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?	Да	Нет
Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты?	Да	Нет
Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?	Да	Нет
Наблюдаетесь ли вы у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда?	Да	Нет
Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?	Да	Нет
Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?	Да	Нет
Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы?	Да	Нет
Страдаете ли Вы сахарным диабетом?	Да	Нет
Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом?	Да	Нет
Болеете ли вы гепатитом- В, - С, - D, СПИДом, сифилисом или туберкулезом? Если да, то укажите, каким?	Да	Нет
Был ли у Вас гепатит, другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта?	Да	Нет
Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек?	Да	Нет
Страдаете ли вы глаукомой?	Да	Нет
Больны ли вы эпилепсией?	Да	Нет
Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время?	Да	Нет
Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарства? Если да, то укажите, какие?	Да	Нет
1) _____		
2) _____		
3) _____		
Укажите, если у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесен операции.		
1) _____		
2) _____		
3) _____		
Укажите, если у Вас раньше наблюдались какие-либо осложнения во время и после хирургического (или стоматологического) лечения. Непереносимость анестезии (если есть указать какой препарат):		
1) _____		
2) _____		