**Договор на оказание платных медицинских услуг №** Место для ввода текста. **от** Место для ввода даты.

г. Москва

Гражданин(ка)/Законный представитель Место для ввода текста. именуемый в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, и ООО «СКАН-Д», именуемое в дальнейшем «СКАН-Д», в лице директора Маркина Я.И. с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1.Предмет договора**

1.1.«СКАН-Д» оказывает Пациенту медицинскую услугу магнитно-резонансной томографии,далее «Услуга» Место для ввода текста.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. «СКАН-Д» принимает на себя обязательство оказать Услугу, указанную в п.1.1 настоящего договора, по общепринятым в мировой медицинской практике методикам.

2.2. «СКАН-Д» обязуется сохранить конфиденциальность информации о здоровье Пациента в рамках конституционно установленного.

2.3. Пациент обязуется оплатить получаемую Услугу.

2.4. Пациент обязан до оказания медицинской услуги информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.5. Пациент обязуется соблюдать правила поведения пациентов, существующие в «СКАН-Д», выполнять все назначения медицинского персонала и сотрудников «СКАН-Д».

2.6. Пациент имеет право отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением «СКАН-Д» затрат в размере 25% от стоимости услуги, связанных с подготовкой оказания Услуги (Пациент обязан полностью возместить «СКАН-Д» понесенные убытки, если услуга не могла быть оказана или ее оказание было прервано по вине Пациента).

**3. Стоимость услуг и порядок платежей**

3.1.Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях) и составляет: Место для ввода текста.

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуги.

**4. Ответственность сторон**

4.1. В случае неоплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях, указанных в разделе 3 настоящего договора, «СКАН-Д» имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги до оплаты последним ее стоимости.

4.2. «СКАН-Д» не несет ответственности (за результаты качества оказания Услуги) в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по подготовке и проведению процедуры.

4.3. «СКАН-Д» имеет право отказать Пациенту в оказании Услуги, если Пациент находится в состоянии алкогольного, наркотического опьянения, сильного эмоционального возбуждения.

4.4. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

**5. Качество услуги**

5.1. Качество оказания Услуги определяется соблюдением технологий диагностики.

5.2. Оказанная «СКАН-Д» Услуга считается исполненной с надлежащим качеством, если Пациент не заявил претензий в период нахождения в «СКАН-Д».

**6. Срок действия договора**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания Пациентом настоящего Договора и завершается получением Пациентом Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является Заключение по результатам диагностического обследования).

6.2. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны Сторонами либо их уполномоченными представителями.

**7. Согласие на обработку персональных данных**

7.1. Пациент дает согласие на обработку своих персональных данных в документарной и электронной форме с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), исполь­зования, обезличивания, блокирования, уничтожения, персональных данных автоматизированным и неавтоматизированным способом в процессе оказания медицинской помощи в ООО «СКАН-Д».

7.2. Пациент дает согласие на передачу данных по незащищенным каналам связи (эл.почта/WhatsApp): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**8. Адреса и реквизиты Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Медицинская организация (Исполнитель):**  ООО «СКАН-Д»  Тел.: 8 (495) 055-65-35  Юридический адрес: 143500  Мо г. Истра, ул. Ленина, д.6  Фактический адрес: г. Москва, ул. Генерала Белова 1/8  Филиал «Центральный» Банка ВТБ (ПАО) в г.Москве  ИНН 5017120714 ОГРН1195081053265 БИК 044525411 | **Пациент/Законный представитель (Заказчик)**  ФИО: Место для ввода текста.  Паспорт серия, номер: Место для ввода текста.  Выдан:  Дата выдачи:  Код подразделения:  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |