ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг
и розничной продажи ортокератологических линз (ОК-линз).

г. Москва «___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «ЛЕНЦ-98», торговое наименование «Оптимист Оптика» (лицензия на право осуществления медицинской деятельности: амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе и в условиях дневного стационара и стационара на дому: офтальмология, ЛО-77-01-010631 от 20.07.2015г. выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы тел. (499) 251-83-00), именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице генерального директора **Мараховского Александра Александровича**, действующего на основании Устава, с одной стороны и (Фамилия, Имя, Отчество пациента или законного представителя):
_____,
именуемый в дальнейшем «Заказчик» («Пациент»), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора.

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать на возмездной основе необходимую медицинскую помощь, а именно: офтальмология (проведение рефракционной терапии), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, Заказчику, а Заказчик добровольно принимает на себя обязательство оплачивать оказанные медицинские услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

2. Права и обязанности Сторон.

2.1. Заказчик (Пациент) имеет право:
2.1.1. Получать квалифицированные медицинские услуги.
2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг.
2.1.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.
2.1.4. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни в соответствии с законодательством РФ.
2.1.5. Получать в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.
2.1.6..Пациент имеет право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
2.2. Заказчик (Пациент) обязуется:
2.2.1. Оплатить медицинские услуги и стоимость ОК-линз, указанных в Прейскуранте.
2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о состоянии своего здоровья.
2.2.3. Выполнять назначения лечащего врача, следовать Инструкции по применению контактных линз для рефракционной терапии роговицы. (Приложение №1 к настоящему договору).
2.2.4. Посещать все запланированные повторные осмотры.
2.2.5. Заказчик обязан посетить осмотр для плановой замены ОК-линз по окончании срока ношения, указанного в п.3.4. настоящего Договора.
2.2.6.Использовать только прописанные лечащим врачом растворы для ухода за линзами.

2.3. Исполнитель имеет право:
2.3.1. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, в соответствии с состоянием здоровья Пациента;
2.3.2. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих здоровью Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для обследования и оказания медицинской помощи.
2.4. Исполнитель обязан:
2.4.1. Давать Пациенту четкие устные и письменные инструкции.
2.4.2. Предоставлять удобное для Пациента время для повторных визитов.
2.4.3. В случае возникновения неотложных состояний, связанных с лечением, вовремя реагировать и принимать необходимые меры.
2.4.4. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации.

3. Стоимость и порядок оказания услуг, порядок расчётов, правила возврата.

3.1. Заказчик оплачивает медицинские услуги и ОК-линзы по действующему Прейскуранту:

	Наименование товара (услуги)	Цена (руб)
1	Линзы ортокератологические индивидуальные (Optima Extreme dk/t 125)	31900,00
2	Линзы ортокератологические (Paragon США)	23900,00
3	Линзы ортокератологические (MoonLens)	23900,00
4	Линзы ортокератологические с нестандартным диаметром (MoonLens)	23900,00
5	Подбор ортокератологических линз	4000,00
6	Подбор ортокератологическиз линз с нестандартным диаметром (MoonLens)	6000,00
7	Проведение биометрии глаз (измерение осевой длины глаз).	1500,00

Полная стоимость программы рефракционной терапии составляет_____ руб.
В стоимость программы входит:
- подбор ортокератологических линз (ОК-линз);
- ортокератологические терапевтические линзы, необходимые для проведения ОК терапии, стартовый набор растворов для ухода за линзами, контейнер, манипулятор для надевания и снятия ОК линз;
- обучение пользованию ОК-линзами, периодический контроль над состоянием линз в течение срока ношения линз, внеплановые осмотры;
- дополнительно оплачивается проведение биометрии глаз (измерение осевой длины глаз), как объективный метод контроля за динамикой прогрессирования миопии. Частота проведения данного исследования определяется лечащим врачом.

В стоимость включены все контрольные наблюдения (визиты) в течение всего срока пользования линзами: осмотр на следующее утро после начала ношения линз, через неделю, 14 дней, через месяц, через 3, 6 и 12 месяцев со дня начала ношения вплоть до истечения срока ношения ОК-линз. В особых случаях график контрольных наблюдений может быть изменен Вашим лечащим врачом.
3.2. Заказчик имеет право оплатить 50% стоимости программы рефракционной терапии, указанной в п.3.1., если у Исполнителя отсутствуют необходимые ОК-линзы. При получении ОК-линз Заказчик обязан оплатить 100% стоимости рефракционной терапии.
3.3. Стоимость услуг может быть увеличена по согласованию с Заказчиком в случае оказания Заказчику дополнительных медицинских услуг, в том числе и по просьбе Заказчика.

3.4. Рекомендуемый производителем **срок ношения (плановой замены) ОК-линз - 1 год.** Наблюдение пациента осуществляется в течение 1 года (срок ношения), но, в исключительных случаях, не позднее 1 года и 3 месяцев. При обращении Пациента для плановой замены ОК-линз в течение 1 года и 3 месяцев с даты приобретения первоначального комплекта ОК-линз, услуга по подбору нового комплекта предоставляется Исполнителем бесплатно. В случае пропуска указанного срока Пациент отдельно оплачивает Исполнителю услугу по подбору нового комплекта ОК-линз.

3.5. В случае если в процессе рефракционной в течение одного месяца для ок-линз Paragon и в течение двух месяцев для индивидуальных линз не будет достигнуто оптимальное для пациента зрение, сумма курса терапии будет возвращена за вычетом стоимости подбора линз при условии возврата неповреждённых линз.

3.6. В случае если в процессе рефракционной терапии в течение одного месяца для ок-линз Paragon, MoonLens и в течение двух месяцев для индивидуальных линз пациент изъявит желание отказаться от продолжения рефракционной терапии без очевидных медицинских причин (при высокой остроте зрения и отсутствии патологических изменений глаз), возвращается 50% от суммы курса рефракционной терапии при условии возврата неповреждённых линз.

3.7. ОК – линзы передаваемые по настоящему договору, являются изделием медицинской техники, разрешённым к продаже и применению на территории РФ:

1) Paragon CRT 100 (линзы контактные жесткие газопроницаемые для рефракционной терапии). Регистрационное удостоверение № ФСЗ 2010/07178 от 09.06.2010г. Выдано «Парагон Вижн Сайненсиз, Инк», США

2) Optima Extreme (индивидуальные контактные жесткие газопроницаемые для рефракционной терапии) – «Фирма Конкор» г. Вологда, лицензия № ФС-99-03-003898 от 21.05.2013 г (согласно Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ « Об основах охраны граждан в Российской Федеоации..», статья 38 п 5, государственной регистрации не подлежат).

3) Линзы MoonLens (линзы контактные жёсткие газопроницаемые ортокератологические). Регистрационное удостоверение № РЗН 2018/7797 от 9 ноября 2018 г.

4. Ответственность Сторон.

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. «Исполнитель» не несет ответственности в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья и др.);
- прекращения лечения по инициативе Пациента.

5. Конфиденциальность.

5.1. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении.

5.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных п. 4 ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

6. Срок действия договора.

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действителен до полного исполнения сторонами своих обязательств.

7. Рассмотрение споров.

При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов, лечению и пр. (по мнению Пациента) Заказчик (Пациент) обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача. Все споры по договору стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель:

ООО “ЛЕНЦ-98”

ОГРН 1037700257979 ИНН 7733085576
КПП 774301001
Юридический адрес:
125171 г. Москва ул. 1-я Радиаторская, 11-47

Почтовый адрес:

111123 г. Москва, Электродный проезд, д.8А , оф. 26

Р/с № 40702810800000044706 в ПАО "Промсвязьбанк" г. Москва

ИНН банка 7744000912 кор/сч 30101810400000000555 БИК 04452

ОКВЭД 52.46.2, 52.61.2, 52.48.14, 33.40.1, 33.40.9, 52.48.39, 51.70,85.

ОКАТО 45277565000

Тел. (495) 763-30-73 (495) 783-40-73

Официальный сайт: https://optimistoptica.ru

e-mail: pochta@optimistoptica.ru

_____ _____ _____

Заказчик:

ФИО пациента

_____

паспорт _____№_____

выдан_____

_____

_____«____»_____г

Адрес регистрации _____

_____

_____

_____ (подпись пациента)

_____

ФИО, родство законного представителя:

_____ (подпись законного представителя)