

Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг
по программе ЭКО

г. Москва

« _____ » _____ 20 ____ г.

_____ года рождения, именуемая в дальнейшем «**Пациентка**»,

_____ года рождения, именуемый в дальнейшем «**Пациент**», вместе именуемые «**Пациенты**», состоящие / не состоящие в зарегистрированном браке (свидетельство о браке _____, выдано « _____ » _____ г. _____), с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр АРТ-ЭКО», в лице генерального директора Калининой Елены Андреевны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «**Клиника**», с другой стороны, вместе именуемые «**Стороны**», а по отдельности «**Сторона**», подписали настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Клиника принимает на себя обязательства по оказанию Пациентам медицинских услуг с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и проведению программы ВРТ - экстракорпорального оплодотворения (далее ЭКО), а Пациенты обязуются оплатить указанные услуги в соответствии с условиями статьи 3 настоящего Договора.

1.2. Методы и схема лечения определяются на основании результатов медицинского обследования, пройденного Пациентами в соответствии с п.2.2.3. настоящего Договора.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Пациенты имеют право:

2.1.1. Получать от Клиники полную и достоверную информацию в ходе проведения исследований и процедур, указанных в п. 1.1. настоящего Договора.

2.1.2. Получить полную и достоверную информацию о медицинских препаратах, используемых при оказании услуг, указанных в п. 1.1.

2.1.3. Ознакомиться с лицензией Клиники и сертификатами персонала на право оказания специализированной медицинской помощи.

2.2. Во исполнение условий настоящего Договора **Пациенты**, считая себя достаточно информированными о характере процедур, проводимых в соответствии с п.1.1. настоящего Договора, их последствиях и осложнениях, имея достаточную материальную базу для оплаты услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, и для воспитания будущего ребенка, добровольно **обязуются:**

2.2.1. Пройти строго в сроки и в соответствии со схемой, разработанной **Клиникой** индивидуально для **Пациентов**, процедуры, необходимые для осуществления оплодотворения методом ЭКО.

2.2.2. Строго следовать схеме, указанной в п. 2.2.1. настоящего Договора, и использовать только препараты, назначенные **Пациентам Клиникой**.

2.2.3. Перед процедурами, указанными в п. 2.2.1., пройти обязательное медицинское обследование, в соответствии с требованиями Приказа № 107н от 30.08.2012г. Минздрава РФ.

2.2.4. Предоставить **Клинике** полную и достоверную информацию о состоянии здоровья, перенесенных **Пациентами** заболеваниях и операциях, наследственных и психических заболеваниях в семье.

2.2.5. Своевременно информировать **Клинику** о любых изменениях состояния своего здоровья.

2.2.6. В случае возникновения необходимости проведения дополнительных диагностических исследований для уточнения отдельных элементов диагноза, которые на момент заключения настоящего Договора не могли считаться существенными, **Пациенты** обязуются их пройти и оплатить в соответствии с прейскурантом Клиники.

2.2.7. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, в соответствии с условиями, указанными в статье 3 настоящего Договора.

2.2.8. В случае возникновения необходимости проведения процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооциты (ИКСИ), **Пациенты** обязуются принять и оплатить дополнительно услуги Клиники по проведенной процедуре ИКСИ, в соответствии с действующим прейскурантом Клиники.

2.2.9. Соблюдать конфиденциальность в отношении других пациентов, проходящих лечение в **Клинике**.

2.3. Клиника имеет право:

ВНИМАНИЕ: ШАБЛОН ДОГОВОРА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

- 2.3.1. Получить от **Пациентов** полную и достоверную информацию о состоянии их здоровья, о перенесенных ими заболеваниях и операциях, наследственных и психических заболеваниях в семье.
- 2.3.2. Отказать **Пациентам** в проведении процедур, указанных в п. 2.2.1. настоящего Договора в одностороннем порядке на любом этапе, в случае обнаружения противопоказаний к их проведению до начала или в ходе прохождения процедур, либо заведомо известной невозможности достичь результата, в случае предоставления **Пациентами** неполной или недостоверной информации об их личностях и состоянии здоровья, в случае нарушения **Пациентами** условия п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.6., 2.2.7. настоящего Договора.
- 2.3.3. В случае возникновения необходимости проведения процедуры интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооциты (ИКСИ), провести вышеуказанную процедуру с последующим уведомлением **Пациентов** о ее проведении.
- 2.3.4. Для проведения лабораторных исследований привлекать третьих лиц, обладающих соответствующими навыками, оборудованием и лицензиями на осуществление соответствующих видов деятельности, при обязательном соблюдении режима конфиденциальности при передаче привлеченным Клиникой третьим лицам биологического материала Пациентов.
- 2.3.5. Оказать медицинскую услугу Пациентам, которая не была ими выбрана и оплачена в случае, когда неоказание такой услуги влечет угрозу жизни и здоровью Пациентов или необходимость ее оказания вызвана жизненными показателями Пациентов.
- 2.4. Во исполнение условий настоящего Договора, Клиника обязана:**
- 2.4.1. Предоставить **Пациентам** полную и достоверную информацию о процедурах, проводимых в рамках настоящего Договора, и медицинских препаратах, используемых при их проведении.
- 2.4.2. Консультировать **Пациентов** по всем вопросам, возникающим в результате выполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору.
- 2.4.3. Осуществлять амбулаторно комплекс мероприятий медицинского характера, проводимых в рамках настоящего Договора.
- 2.4.4. Осуществлять процедуры в соответствии с Приказом № 107н от 30.08.2012г. Минздрава РФ, апробированными и признанными методиками, а так же новейшими достижениями в области репродуктивной медицины.
- 2.4.5. Использовать материал, а именно, ооциты **Пациентки**, сперма **Пациента**, эмбрионы **Пациентов**, полученные методом ЭКО/ИКСИ, строго в соответствии с добровольным волеизъявлением **Пациентов**, указанным в соответствующем заявлении **Пациентов**.
- 2.4.6. В случае возникновения осложнений, связанных с оперативным внутрибрюшным вмешательством (кровотечение, возникшее в связи с проведением трансвагинальной пункции), оказать медицинские услуги по устранению данного осложнения за свой счет.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

- 3.1. Стоимость оказания медицинских услуг по программе ЭКО состоит из стоимости этапов, указанных в Приложении № 1 к настоящему Договору.
- 3.2. Оплата услуг программы ЭКО по настоящему Договору производится **Пациентами** поэтапно, перед началом проведения каждого из этапов, в соответствии с Приложение № 1. Последний платеж должен быть осуществлен не позднее дня, предшествующего проведению процедуры переноса эмбрионов в полость матки.
- 3.3. Стоимость предварительного обследования и подготовки **Пациентов**, стоимость процедур, указанных в п. 2.2.6., п. 2.2.8., п. 4.1., а также стоимость лабораторных исследований, проводимых в рамках программы ЭКО, не входят в стоимость услуг, указанных в приложении № 1 к настоящему Договору, и оплачиваются **Пациентами** отдельно в соответствии с прейскурантом Клиники.
- 3.4. В случае прерывания лечения методом ЭКО на каком-либо из этапов по причинам, указанным в п. 4.2. настоящего Договора, **Пациентам**, оплатившим услуги в соответствии с п. 3.1. настоящего Договора, возвращается стоимость услуг по настоящему Договору за вычетом стоимости уже проведенных этапов лечения.
- 3.5. Оплата услуг по настоящему Договору производится **Пациентами** наличным или безналичным путем, в рублях.
- 3.6. В случае оплаты услуг по настоящему Договору наличным путем в кассу **Клиники, Пациентам** выдается документ, подтверждающий получение денежных средств.

4. Особые условия

- 4.1. Пациенты информированы о том, что при оказании медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, может возникнуть необходимость в проведении поэтапных процедур, а именно:
- проведении интрацитоплазматической инъекции сперматозоидов в ооцит (ИКСИ);

ВНИМАНИЕ: ШАБЛОН ДОГОВОРА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

- проведении пункции яичка для получения сперматозоидов;
 - предимплантационная диагностика;
 - донация ооцитов.
- 4.2. Пациенты предупреждены, что в 5-10% случаев лечение методом ЭКО может быть прекращено на одном из этапов по следующим причинам:
- при пункции в фолликулярной жидкости яйцеклетки могут отсутствовать;
 - полученные яйцеклетки могут быть неполноценными или нежизнеспособными;
 - дробление уже оплодотворенной яйцеклетки может прекратиться до переноса эмбрионов в полость матки.
- 4.3. Программа ЭКО прекращается немедленно в случае заболевания **Пациентами** острым инфекционно-вирусным заболеванием (в том числе гепатит А,В,С,Д), заражении венерическими инфекциями (сифилис, гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз) или ВИЧ-инфицировании.
- 4.4. **Пациенты** информированы о том, что эффективность лечения методом ЭКО составляет в среднем 30-40% и может иметь осложнения. **Пациент** обязуется не предъявлять претензий к **Клинике** в случаях:
- когда беременность не наступила в результате оплодотворения методом ЭКО;
 - наступления внематочной беременности, многоплодной беременности;
 - возникновения у плода врожденных патологий;
 - прерывания беременности после наступления оплодотворения методом ЭКО по медицинским показаниям, обнаружившимся у **Пациентки** после наступления беременности.

5. Ответственность Сторон

- 5.1. За нарушение условий настоящего Договора Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. Стороны берут взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной ими при выполнении условий настоящего Договора. Стороны несут ответственность за последствия, вызванные нарушением обязательств по конфиденциальности, независимо от того, было ли нарушение совершено преднамеренно или случайно. Положение настоящего пункта Договора сохраняет свою юридическую силу и по истечении срока действия настоящего Договора
- 5.3. В случае прохождения **Пациентами** медицинского обследования, указанного в п. 2.2.3., 2.2.6. не в **Клинике**, а в каком-либо ином медицинском учреждении, **Клиника** исходит из добросовестности **Пациентов**, и не несет ответственности за неблагоприятные последствия, возникшие в результате предоставления **Пациентами** результатов анализов, несоответствующих реальной медицинской картине (истории) болезни.
- 5.4. **Клиника** несет ответственность за соответствие медицинским показателям **Пациентки** схемы индукции суперовуляции, трансвагинальной пункции фолликулов. При назначении и проведении указанных медицинских услуг Клиника основывается на данных медицинского обследования **Пациентки** и информации, сообщенной **Пациентами**, в соответствии с п. 2.2.4. настоящего Договора.
- 5.5. В ходе оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, **Клиника** несет ответственность перед **Пациентами** только за виновные действия своего персонала, но не более реального ущерба, причиненного **Пациентам**. **Клиника** не несет ответственность за действия третьих лиц.
- 5.6. В случае нарушения **Пациентами** условий настоящего Договора, неисполнение п. 2.2.1., 2.2.2., 2.2.4., 2.2.5., 2.2.6., 2.2.7. 2.2.8. настоящего Договора, а так же неявка **Пациентов** для проведения процедур в установленные **Клиникой** сроки, необоснованный отказ от проведения медикаментозной терапии, лечебных манипуляций, отказ **Пациента** от сдачи спермы, самовольной отмены **Пациентами** приема назначенных Клиникой медицинских препаратов, **Клиника** не несет ответственность за неблагоприятный исход лечения и конечный результат оказания медицинских услуг, за неблагоприятные последствия для состояния здоровья **Пациентов**. Денежные средства, внесенные **Пациентами** в соответствии с п. 3.2. и затраченные на уже оказанные услуги, а так же денежные средства, затраченные на предварительное обследование и подготовку Пациентов, лабораторные исследования, услуги, указанные в п. 2.2.6., п. 2.2.8, п. 4.1. возврату не подлежат.
- 5.7. Клиника не несет ответственности перед **Пациентами** в случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.2., 4.3. средства, затраченные на уже оказанные медицинские услуги, **Пациентам** не возвращаются.
- 5.8. В случае наступления обстоятельств, указанных в п. 4.3. настоящего Договора, возникших после переноса эмбрионов в полость матки, **Клиника** не несет ответственности за возникновение возможных осложнений, течение беременности, ее исход и здоровье родившегося ребенка.
- 5.9. В случае не предоставления **Пациентами** или предоставления недостоверной или неполной информации об их состоянии здоровья, перенесенных заболеваниях, операциях, предоставлении заведомо ложной информации, ответственность за неблагоприятные последствия для состояния здоровья

ВНИМАНИЕ: ШАБЛОН ДОГОВОРА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Пациентов, возникшие в результате проведения процедур, указанных в п. 1.1. настоящего Договора, полностью несут **Пациенты**.

5.10. После проведения процедуры переноса эмбрионов в полость матки **Пациентки, Пациенты** берут на себя ответственность за протекание беременности и роды, все права и обязанности в отношении ребенка, родившегося в результате применения методов ВРТ и прохождения программы ЭКО, по его воспитанию и содержанию в соответствии с Конституцией РФ и Семейным кодексом РФ.

5.11. Разногласия и споры, которые могут возникнуть в результате выполнения **Сторонами** условий настоящего Договора, **Стороны** будут стараться решать путем переговоров, а по вопросам, не нашедшим своего разрешения в этом порядке, заинтересованная **Сторона** может обратиться для удовлетворения своих требований в суд.

5.12. Во всем остальном, не предусмотренным настоящим Договором, **Стороны** будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

6. Заключительные положения

6.1. Договор вступает в действие с момента поступления денежных средств от Пациентов (наличный расчет) в кассу **Клиники** или с момента поступления денежных средств на расчетный счет (безналичный расчет) **Клиники**, и действует до момента исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по инициативе **Пациентов**, в случае одностороннего отказа **Пациентов** от медицинских услуг **Клиники**, денежные средства, внесенные Пациентами в соответствии п.3.1., п.3.2. и затраченные на уже оказанные медицинские услуги, возврату не подлежат.

6.3. В случае, когда сумма фактической оплаты на дату досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе **Пациентов** превысит прейскурантную стоимость оказанных медицинских услуг, **Клиника** производит возврат соответствующей суммы **Пациентам**. В случае, когда стоимость фактически оказанных медицинских услуг на дату досрочного расторжения настоящего Договора по инициативе **Пациентов** превысит сумму фактической оплаты по настоящему **Договору**, **Пациенты** обязаны произвести доплату в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня расторжения настоящего Договора.

6.4. Информация, указанная в ст. 7 настоящего Договора в отношении **Пациентов**, а так же проведенных процедурах в рамках настоящего Договора, данные медицинского обследования **Пациентов**, могут быть представлены следственным и судебным органам в установленном законом порядке. С письменного согласия Пациентов допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, указанным Пациентами.

6.5. Подписывая настоящий Договор, **Пациенты** подтверждают, что они ознакомлены с Приказом № 107н от 30.08.2012г. Минздрава РФ, возможными последствиями оказания медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего Договора и имели возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные им вопросы в этой области. На все заданные вопросы получили удовлетворившие их ответы, с прейскурантом **Клиники**, порядком предоставления медицинских услуг, режимом работы **Клиники**, перечнем услуг, которые Клиника оказывает в соответствии с лицензией № ЛО-77-01-007829 от 14.03.2014, ознакомлены.

6.6. Объективные критерии успешности каждого проведенного этапа, которые отражаются **Клиникой** в амбулаторной карте **Пациентов**, являются доказательством исполнения **Клиникой** принятых на себя обязательств по настоящему Договору.

6.7. Пациенты информированы и понимают, что имеют возможность обратиться за оказанием медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий в рамках обязательного медицинского страхования, и получить указанную медицинскую помощь бесплатно при наличии к тому показаний в соответствии с действующим законодательством. Заключение настоящего договора свидетельствует о выборе Пациентами оказания медицинской помощи с использованием методов вспомогательных репродуктивных технологий на платной основе.

6.8. Подписывая настоящий Договор, в соответствии со ст. 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, Пациентка _____ и Пациент _____ (дает/не дает – нужное вписать) свое согласие на обработку своих персональных данных. Целью обработки персональных данных является оказание медицинских услуг по профилю Клиники на основании настоящего Договора.

Перечень персональных данных, подлежащих обработке: фамилия, имя, отчество; пол, возраст; паспортные данные; физиологические особенности человека; состояние здоровья, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации; место регистрации, почтовый адрес, адрес электронной почты, домашний и мобильный телефоны; привычки и увлечения (алкоголь, наркотики и др.); семейное положение, наличие детей.

ВНИМАНИЕ: ШАБЛОН ДОГОВОРА ДЛЯ ОЗНАКОМЛЕНИЯ

Перечень действий с персональными данными: любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

6.8. Все приложения, изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменном виде, являются неотъемлемой частью настоящего Договора и вступают в силу с момента подписания их обеими **Сторонами**, если не предусмотрено иное.

6.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из **Сторон**.

7. Реквизиты Сторон

Пациентка:

Паспорт: _____ выдан _____

_____ г. код подразделения _____

Зарегистрированный по адресу: _____

_____/_____/_____

Пациент: _____

Паспорт: _____ выдан _____

_____ г. код подразделения _____

Зарегистрированный по адресу: _____

_____/_____/_____

Клиника:

ООО «Медицинский центр АРТ-ЭКО»

Юридический адрес: 119992, г. Москва,

Большой Саввинский пер, д.12, стр.16

Тел./факс: (495)665-79-09

ИНН/КПП 7704523715/770401001

Банковские реквизиты:

† 40702810438260106630 в Киевском ОСБ 5278

Сбербанка России г. Москва

К/с 30101810400000000225 БИК 044525225

Ген. директор _____/Калинина Е.А./