

ЗАО "Американ хоспитал групп"

Адрес: 123056, г. Москва, ул. Грузинский вал, д.26, стр. 3, помещение II, тел.: 933-77-00, бух. 933-77-09

Образец заполнения платежного поручения

ИНН 7710747375	КПП 771001001		
Получатель ЗАО "Американ хоспитал групп"		Сч. №	40702810120140000065
Банк получателя АКБ "МБРР" (ОАО) Г.МОСКВА		БИК	044525232
		Сч. №	30101810600000000232

СЧЕТ № 315 от 27 Апреля 2009 г.

Платательщик: Благотворительный фонд помощи детям "Дети Земли"
Грузополучатель:

№	Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
1	Оплата медицинских услуг в рамках оказания благотворительной помощи детям, страдающим несовершенным остеогенезом за Ротарь Любовь	шт	1	70000-00	70000-00
Итого:					70000-00
Без налога (НДС):					-
Всего к оплате:					70000-00

Всего наименований 1, на сумму 70'000.00

Семьдесят тысяч рублей 00 копеек

Финансовый директор _____ (Гладкая И.С.)

Главный бухгалтер _____ (Моргачева Ю.А.)



ДОГОВОР № 224М-70
о медицинском обслуживании

г. Москва

« 27 » апреля 2009 г.

ЗАО «Американ хоспитал групп», имеющее лицензии на осуществление медицинской деятельности серии ЛО-77-01-001193, ЛО-77-01-001191, ЛО-77-01-001192 от 24.03.2009 г., в дальнейшем именуемое «Исполнитель», в лице Финансового директора г-жи **Гладкой И.С.**, действующей на основании доверенности № 09-03 от 31.03.2009 г., и г-жа **Ротарь Алла Станиславовна**, именуемая в дальнейшем Клиент, паспорт серии I-ПР №0212439, выдан отделом Внутренних дел города Рыбницы 12.02.2007г., с другой стороны, вместе в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. АХГ обеспечивает Клиента и/или лиц, прикрепленных Клиентом (далее – Прикрепленные), комплексом медицинских услуг согласно Программе, указанной в Приложении №1, и Правилам работы АХГ, указанным в Приложении № 2.

Стоимость Программы указана в Приложении №1.

1.2. Медицинские услуги, не предусмотренные выбранной Программой, оплачиваются Клиентом согласно действующему Прейскуранту АХГ.

1.3. Перечень лиц, находящихся на медицинском обслуживании по настоящему Договору и сроки прикрепления указаны в Приложении №3.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. АХГ обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги по экстренным показаниям и в плановом порядке, в соответствии с п.1.1. настоящего Договора, при наличии у Клиента и/или Прикрепленных лиц пластиковой карточки, выданной АХГ, или документа, удостоверяющего личность, а также при условии соблюдения Клиентом п.3.1. настоящего Договора. Пластиковая карточка АХГ выдается в течение 2 (двух) календарных дней с момента подписания настоящего Договора.

2.1.2. АХГ, в случае необходимости, вправе направлять Клиента и/или Прикрепленных лиц, в другие медицинские учреждения, имеющие договорные отношения с АХГ.

2.2. Клиент обязуется:

2.2.1. Заполнить анкету и предоставить АХГ необходимые для заключения настоящего Договора достоверные сведения о себе и/или Прикрепленных лицах.

2.2.2. Соблюдать условия настоящего Договора, предписания лечащего врача, распорядок, установленный медицинским учреждением, а также обеспечить соблюдение указанных требований Прикрепленными лицами. При подписании настоящего Договора Стороны договорились, что подтверждением (или доказательством) нарушений, допущенных со стороны Клиента и/или Прикрепленных лиц, является докладная записка уполномоченного должностного лица АХГ. В случае неоднократного нарушения со стороны Клиента и/или Прикрепленных лиц АХГ имеет право расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке без возврата перечисленных Клиентом в соответствии с п.3.1 настоящего Договора денежных средств

2.2.3. Не передавать право на медицинское обслуживание по настоящему Договору другим лицам.

2.2.4. В целях обеспечения возможности АХГ оказывать своевременные и качественные медицинские услуги в рамках настоящего Договора, незамедлительно информировать АХГ об изменении фактического места жительства и номера телефона как своего, так и Прикрепленных лиц.

 1


3. ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Клиент до начала оказания медицинских услуг осуществляет платеж путем внесения аванса в размере **70 000** (семьдесят тысяч) рублей, определенном количеством лиц, находящихся на медицинском обслуживании, сроком обслуживания и стоимостью выбранной Программы с учетом поправочных коэффициентов (НДС не облагается).

3.2. В случае выявления АХГ у Клиента и/или Прикрепленных лиц в период действия настоящего Договора заболеваний, не входящих в объем покрытия выбранной Программы, АХГ оставляет за собой право пересмотреть стоимость выбранной Программы, применив поправочный коэффициент, а также приостановить обслуживание вышеупомянутых лиц до момента покрытия разницы в стоимости выбранной Программы. При этом срок обслуживания данных лиц по выбранной Программе не изменяется.

3.3. Вышеуказанный платеж может быть осуществлен лицом, отличным от Клиента. При этом он засчитывается АХГ как поступивший непосредственно от Клиента, и АХГ не несет никакой ответственности в случае возникновения спора между Клиентом и лицом, осуществившим платеж.

3.4. Моментом исполнения денежного обязательства Клиента перед АХГ считается момент поступления соответствующих денежных средств на расчетный счет или в кассу АХГ.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.1.2. АХГ не несет ответственность за последствия, наступившие по следующим причинам:

- невыполнения Клиентом и/или Прикрепленными лицами рекомендаций лечащего врача, касающихся лечебно-диагностического процесса, профилактических мероприятий и лечебных услуг.
- предоставление недостоверной информации о состоянии здоровья при анкетировании.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или связанным с ним, решаются сторонами путем переговоров.

5.2. Все неурегулированные вопросы решаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор действует с момента его подписания и до «26» апреля 2010 г.

7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон. Одностороннее изменение условий Договора не допускается, а будучи допущенным любой из Сторон признается не имеющим юридической силы.

7.2. Досрочное расторжение настоящего Договора возможно в следующих случаях:

- по соглашению Сторон;
- по требованию одной из Сторон путем направления другой Стороне уведомления о расторжении настоящего Договора не позднее, чем за 5 (пять) календарных дней до предполагаемой даты расторжения;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

7.3. В случае расторжения настоящего Договора расчеты производятся за фактически оказанные медицинские услуги по состоянию на день расторжения настоящего Договора.

8. ПРОЧИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

8.1. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

8.2. Все дополнения и изменения к настоящему Договору оформляются в письменной форме, подписываются уполномоченными на то представителями Сторон

8.3. Настоящий Договор составлен в двух идентичных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу для каждой из Сторон.

8.4. К настоящему Договору прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие Приложения:

Приложение № 1: Программа медицинского обслуживания.

Приложение № 2: Правила работы АХГ.

Приложение № 3: Перечень лиц, прикрепляемых на медицинское обслуживание.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ЗАО «Американ хоспитал групп»

Юридический адрес: 123056, Россия, г.Москва, ул. Грузинский Вал, д.26, стр.3, пом. II

Почтовый адрес: 129090, Россия, г. Москва, Проспект Мира, дом 26, стр.6

р/с 40702810120140000065

в АКБ "МБРР" (ОАО) г.Москва

к/с 30101810600000000232

БИК 044525232

КПП 771001001

ИНН 7710747375

Код по ОКВЭД 85.12

Код по ОКПО 59043542

Телефон: (495) 933-77-00

Факс: (495) 933-77-01

КЛИЕНТ

ФИО: Ротарь Алла Станиславовна

Паспорт: серии I-ПР №0212439

Выдан: отделом Внутренних дел города Рыбницы 12.02.2007г.

Телефон: 373-555-419-09

КЛИЕНТ

Финансовый директор

ЗАО «Американ хоспитал групп»

_____/ Ротарь А.С./

_____/ Гладкая И.С./



ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

«Лечение детей с несовершенным остеогенезом»

Возраст прикрепленных лиц: 0 - 18 лет (см. ниже).

Врачи-специалисты АХГ:

Педиатры, медицинский генетик, врач реаниматолог, лор, окулист, кардиолог, ртеброневролог, массажист.

Врачи-консультанты АХГ:

Хирург – ортопед, реабилитолог, психолог.

Лабораторная диагностика:

Гематология, биохимия, электролитный профиль, гормональный профиль, иммунохимия.

Функциональная диагностика:

функциональные методы (ЭКГ), ультразвуковая диагностика, рентгенология, аудиометрия (>7 лет)(*on-site*), денситометрия (*off-site*).

Прочие услуги:

Круглосуточное телефонное консультирование с врачами клиники на русском и английском языках.

Медицинские манипуляции по медицинским показаниям.

Трансфер из АХГ в пределах МКАД.

Функциональная и лабораторная диагностика:

Все необходимые для диагностики и медицинских обследований лабораторные, рентгеновские и ультразвуковые исследования – по назначению лечащего педиатра АХГ.

Комментарии к Программе:

Консультации семейных врачей и специалистов:

При госпитализации пациент осматривается педиатром, медицинским генетиком, врачом реаниматологом, которые определяют схему лечения пациента.

Консультации врачей других специальностей осуществляются только по назначению лечащего педиатра АХГ.

Функциональная и лабораторная диагностика:

Все необходимые для диагностики и медицинских обследований лабораторные, рентгеновские и ультразвуковые исследования – по назначению лечащего педиатра АХГ.

Госпитальные услуги:

3 дня (72ч) в стационаре АХГ в течение срока действия Договора.

В стоимость входит: койко-день, оплата медикаментов, круглосуточное врачебное наблюдение и реанимационное обеспечение (катетеризация центральной вены), индивидуальный пост дежурного педиатра, круглосуточная внутривенная терапия, сестринский уход, необходимые лабораторные и функциональные исследования, 4-х кратное диетическое питание с учетом национальных и религиозных особенностей.

Не переводится на других членов семьи.

Исключения из покрытия:

Стоимость оперативного лечения оплачивается по отдельному прейскуранту.

Программа не покрывает стоимость госпитализации вне стационара АХГ, а также стоимость приспособлений, аппаратов, костылей и т.д.

Стоимость медицинского обслуживания по Программе:

70 000 (семьдесят тысяч) рублей за один курс лечения (НДС не облагается).

КЛИЕНТ

_____ / Ротарь А.С./

**Финансовый директор
ЗАО «Американ хоспитал групп»**

_____ / Гладкая И.С./



