

ДОГОВОР ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ УСЛУГ Nr. _____

Мюнхен, _____ 20__ г

Агентство «bestconnex Medical Care Germany GmbH & Co.KG», в лице управляющей Натальи Шад, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, _____, именуемый/ая в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны и _____, именуемый/ая в дальнейшем «Потребитель» с третьей стороны совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. «Заказчик» поручает и оплачивает, «Потребитель» получает платные медицинские услуги, а «Исполнитель» принимает на себя обязательство на выполнение следующих работ:

Организация обследования и/или лечения в Германии

1.2. «Исполнитель» имеет право привлекать услуги сторонних организаций, медицинских учреждений и/ или специалистов для выполнения обязательств по настоящему Договору.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. «Исполнитель» обязан:

2.1.1. Обеспечить медицинское обследование и/или лечение для Пациента в соответствии с запланированной медицинской программой.

2.1.2. «Исполнитель» оказывает «Потребителю» следующие услуги:

- По согласованию с «Заказчиком» и «Потребителем» осуществляет поиск и подбор профильного медицинского учреждения в Европе на основании предоставленной «Потребителем» медицинской документации о состоянии своего здоровья или здоровья третьих лиц, указанных «Заказчиком»
- При необходимости проводит анализ и перевод предоставленных медицинских документов на иностранный язык
- Предоставляет информацию о специализации лечебных учреждений и условиях пребывания в них, а также информацию о квалификации практикующих специалистов
- От имени «Заказчика», при необходимости, проводит заочную консультацию со специалистами лечебных учреждений относительно целесообразности проведения обследования и/или лечения и их формах
- Составляет письменное предложение об обследовании и/или лечении и калькуляцию их стоимости. Согласовывает время и условия обследования и/или лечения с лечебным учреждением согласно пожеланиям «Потребителя»

- Организует выезд «Потребителя» в подобранное лечебное учреждение
- Бронирует места в лечебном учреждении

2.1.3. «Исполнитель» обязан направить «Заказчику» документы, необходимые для выезда Пациента в целях прохождения обследования и/или лечения.

2.1.4. Оказать услуги, дополнительно согласованные с «Заказчиком» в соответствии с калькуляцией:

- Встречу и трансфер, в том числе специальным медицинским транспортом, пациента к месту обследования и/или лечения и по его окончании обратно
- Сопровождение переводчика в процессе прохождения медицинских мероприятий
- Осуществление перевода на русский язык эпикриза проведенного обследования и лечения и предоставление его Пациенту в течение 3 дней после получения документов из клиники
- При необходимости бронировать отель для сопровождающего лица/лиц в соответствии с пожеланиями «Заказчика»

2.1.5. Соблюдать правила профессиональной этики и медицинской конфиденциальности.

2.2. «Заказчик» обязан:

2.2.1. Предоставить «Исполнителю» необходимую медицинскую информацию (медицинское заключение, эпикриз, выписка из истории болезни, данные ранее проведенных обследований и т.д.)

2.2.2. Своевременно и в полном объеме производить оплату услуг «Исполнителя» в соответствии с полученным счётом.

2.2.3. Предоставлять по первому требованию «Исполнителя» сведения и документы для обеспечения визовой поддержки и необходимые для выполнения работ, являющихся предметом настоящего Договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ

3.1. Стоимость услуг (медицинской программы) указывается в Приложении к Договору и подписывается «Заказчиком» и «Исполнителем» и «Потребителем».

3.2. «Заказчик» производит 100% предоплату услуг в соответствии со стоимостью Договора путем перевода средств на счет «Исполнителя», указанный в настоящем Договоре.

3.3. В случае, если стоимость лечения может быть определена только после прохождения обследования, указывается размер депозита, который вносится перед прохождением медицинской программы.

3.4. Если в процессе оказания Пациенту медицинских услуг выясняются обстоятельства, которые потребуют дополнительных мероприятий по амбулаторному или стационарному обследованию или лечению, «Исполнитель» (или Представитель «Исполнителя» в Европе (в стране проведения медицинской программы)) информирует пациента о возникновении таких обстоятельств и направляет ему дополнительную калькуляцию и счет на оплату. В случае согласия Пациента и «Заказчика» с дополнительной калькуляцией последний производит оплату в течение 3 банковских дней переводом средств на счет «Исполнителя» или на счет

Представителя «Исполнителя» в Европе. В противном случае «Исполнитель» обеспечивает убытие Пациента и сопровождающих его лиц.

3.5. При наличии угрозы жизни и здоровью Пациента Представитель «Исполнителя» в Европе по согласованию с «Исполнителем» вправе за счет Пациента или «Заказчика» и без дополнительного согласования с ним, на основании медицинских показаний, организовать оказание Пациенту необходимых медицинских услуг, которые «Заказчик» обязан оплатить в течение 5 банковских дней с момента получения счета.

3.6. В случае отказа «Заказчика» от прохождения медицинского и/или лечения за рубежом после проведения оплаты, «Исполнитель» возвращает финансовые средства на счет плательщика за вычетом понесенных расходов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За невыполнения или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Федеративной Республики Германия, по месту нахождения «Исполнителя».

4.2. «Исполнитель» несёт ответственность за выполнение услуг в назначенный срок.

4.3. «Исполнитель» освобождается от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему Договору, в случаях, когда «Заказчик» предоставил недостоверную, неполную или ложную информацию. «Заказчик» несёт ответственность за недостоверное и неполное предоставление информации, необходимой для выполнения работ по настоящему Договору.

4.4. «Исполнитель» не несет ответственность за отказ консульских органов в выдаче визы «Заказчику» и/или Пациенту, а также за действия органов паспортного и таможенного контроля.

4.5. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, а именно пожаров, военных действий, стихийных явлений природы и других обстоятельств, выходящих за рамки контроля Сторон.

4.6. При наступлении указанных в п.4.6. обстоятельств пострадавшая сторона должна незамедлительно известить другую сторону.

4.7. Устанавливается трехмесячный срок предъявления претензий и исков по настоящему Договору.

4.8. «Заказчик» несет ответственность за любые действия Пациента и сопровождающих его лиц (вписанных в п.8. настоящего договора), как за свои собственные.

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Все споры, разногласия и претензии, возникающие между Сторонами в процессе исполнения обязательств по настоящему Договору, разрешаются путём переговоров.

5.2. Неурегулированные в процессе переговоров разногласия и споры подлежат передаче на рассмотрение в Хозяйственном суде Федеративной Республики Германия.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны только в случае, если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями Сторон.

8. АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

«Исполнитель»	«Заказчик»	«Потребитель»
bestconnex Medical Care Germany GmbH & Co. KG Geschäftsführer: Schad Medical Care Germany GmbH Sitz: München Registergericht München: HRA 98435 St-Nr. 143/ 505/ 50691 USt-ID. DE 282178434 Адрес: Clemensstrasse 41 80803 München T +49 89 33039793 F +49 89 33038138 Банк: HypoVereinsbank München Счет Nr: 15136638 Bankleitzahl: BLZ 700 202 70 IBAN: DE25 7002 0270 0015 1366 38 Swift (BIC): HYVEDEMMXXX Место, дата _____ Управляющая _____ Наталья Шад (подпись)	ФИО _____ Адрес: _____ Тел: _____ Место, дата _____ _____ (подпись)	ФИО _____ Адрес: _____ Тел: _____ Место, дата _____ _____ (подпись)