

ООО "Клиника Преображенская", 350001, Краснодарский край, город Краснодар, Ставропольская улица, 210 д д1, ИНН 2309121029, ОГРН 1102309000815, Л041-01126-23/00297827 от 19.03.2015, срок действия - бессрочно, выдана МЗ РФ КК, г. Краснодар, ул. Коммунаров 276/1, тел. 8-800-2000-366

Перечень услуг ООО "Клиника Преображенская": При оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, генетике, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, диетологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, нефрологии, онкологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: психиатрии, рентгенологии.

в лице мед. регистратор _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и гражданин(ка):

(ФИО, дата рождения, адрес, телефон)

(паспортные данные)

заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе следующие платные медицинские услуги:

	Услуга	Врач	Стоимость	Кол-во	Скидка	Сумма
1						
2						
						Итоговая сумма
						в т.ч. НДС

1.2. При необходимости Исполнитель может оказать дополнительные медицинские услуги Потребителю, не указанные в п 1.1. настоящего договора. Перечень и стоимость и сроки оказания которых согласовываются Сторонами путем заключения нового Договора. Увеличение объема оказываемых Исполнителем и дополнительно оплачиваемых Потребителем медицинских услуг по сравнению с перечисленными в п. 1.1. настоящего договора возможно только с согласия Потребителя.

2. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

2.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора составляет _____,00 руб. согласно утвержденному прейскуранту.

2.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя, а Исполнитель выдает Потребителю документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек). Оплачивая стоимость медицинских услуг по настоящему договору Потребитель соглашается с его условиями.

2.3. В случае, когда в соответствии с п. 1.2. настоящего договора увеличивается объем оказываемых медицинских услуг, Потребитель осуществляет доплату в порядке, предусмотренном в пп. 2.2, настоящего договора.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Потребителя, внесенная им плата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг.

2.5. После возврата стоимости услуг настоящий договор считается расторгнутым по соглашению сторон.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечивать предоставление медицинских услуг с использованием методов, разрешенных на территории РФ.

3.1.2. Предоставлять Потребителю по его просьбе требуемую действующим законодательством информацию, в т.ч. копии медицинской документации, выписки из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3.1.3. Получить предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.1.4. Оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны не договорились об ином сроке.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Потребителя информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.2. Требовать от Потребителя определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг, согласно правилам внутреннего распорядка клиники.

3.2.3. Оказывать медицинские услуги только после выполнения Потребителем условий раздела 2 настоящего договора.

3.2.4. При невыполнении условий пп. 3.3.1. и 3.3.2. настоящего договора Исполнитель вправе отказать Потребителю в предоставлении услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.3.2. Выполнять требования лечащего врача и правила внутреннего распорядка клиники, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой информации и предоставление необходимой медицинской документации.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных услугах, а также копий медицинской документации.

3.4.3. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, оказываемых по данному договору.

расходы потребителя и (или Заказчика) на оказанные медицинские услуги (копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения); справка об оплате медицинских услуг по установленной форме; рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение обязательств, в случае наступления форс-мажорных обстоятельств.

5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий договор действует в течение одного календарного месяца с момента подписания на основании п. 3.1.4.

6. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА,

6.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением Сторон.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения медицинских услуг, договор расторгается по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю все фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением настоящего договора. Пациент уведомлен и согласен, что стоимость расходных материалов **не возвращается**, поскольку является затратами Исполнителя (ст. 782 ГК РФ). При этом Пациент имеет право истребовать у Исполнителя оплаченные расходные материалы в натуре.

6.3. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением данного договора, при не достижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

7.2. Стороны договорились, что сканированные копии подписанного договора, а также всех документов, связанных с ним (дополнительные соглашения, акты, и т.д.), признаются надлежащими и такие документы имеют полную юридическую силу для обеих сторон.

7.3. Настоящий договор может быть составлен в 2 или 3 экземплярах (для Заказчика), имеющих одинаковую юридическую силу.

7.4. Неотъемлемыми частями Договора считаются Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021г. № 1051н; Согласие субъекта на обработку персональных данных.

Потребитель _____

Исполнитель ООО "Клиника Преображенская" _____

**Приложение №1 к договору № _____ от _____
Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение платных медицинских услуг**

Пациент _____

(ФИО пациента)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО "Клиника Преображенская" (Исполнитель) в рамках письменного договора № _____ от _____

При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

- уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- ознакомил с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке; - уведомил о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- уведомил до заключения Договора о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Потребитель _____

**Приложение №2 к договору № _____ от _____
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021г № 1051н.**

Я, _____

зарегистрированного по адресу _____

даю информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения медико-санитарной помощи, утвержденный приказом МЗ РФ от 23.04.2012г № 390н, для получения медицинской помощи мне, а также лицу, законным представителем которого я являюсь в ООО "Клиника Преображенская" Медицинским работником _____. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанных с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в т.ч. вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты лечения. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его(их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных ч.9, ст.20 ФЗ № 323 от 21.11.2011г. Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, бесконтрольное самолечение могут отрицательно сказаться на состоянии здоровья. Я поставил(а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в т.ч. об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости препаратов. Я сообщил(а) правдивые сведения обо всех перенесенных травмах и операциях, о наследственных заболеваниях, об употреблении наркотических и токсических средств, алкоголя. Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п.5ч 3ст 19 ФЗ № 323 может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь.

(ф.и.о. гражданина, тел)

(подпись)

(ф.и.о. медработника)

(подпись)

Потребитель _____

(подпись)

**Приложение №3 к договору № _____ от _____
СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных**

Я, _____

(Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____

(по месту регистрации)

паспорт серия _____ номер _____

(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО "Клиника Преображенская" (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, а также лабораториям в исследовательских целях, с которыми Оператор заключил договор о платных медицинских услугах в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС), в том числе в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) РФ.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передача) моими персональными данными со страховой медицинской организацией [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 22.04.2024 и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В соответствии с пунктом 1 статьи 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» я разрешаю ООО "Клиника Преображенская" информирование об оказываемых услугах, медицинскую документацию, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках осуществлять рекламную рассылку посредством мессенджеров (Whats App), отправки СМС-сообщений на указанный мной номер телефона, а также на

электронную почту

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Потребитель _____

Директору ООО "Клиника Преображенская"

Гринев Станислав Владимирович

ФИО: _____

Паспорт: серия _____ номер _____

Я, _____, прошу Вас: зарегистрировать меня в личном кабинете
Клиники; предоставить доступ к медицинским данным моего несовершеннолетнего ребенка

(ФИО, год рождения)

предоставить доступ к моим данным следующим лицам:

(ФИО, год рождения, данные документа)

(ФИО, год рождения, данные документа)

Данные для входа (логин, пароль) в личный кабинет прошу отправить на мою электронную почту _____.

Настоящим я уведомлен, что ООО "Клиника Преображенская" оставляет за мной право изменения пароля для входа в личный кабинет и не несет ответственности за неправомерные действия со стороны третьих лиц.

Подпись _____