

Договор № _____ от _____

ООО "Клиника Преображенская", 350001, Краснодарский край, город Краснодар, Ставропольская улица, 210 д д1, ИНН 2309121029, ОГРН 1102309000815,

ЛО41-01126-23/00297827 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 врачебной 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, профплатологии, 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)

в интересах:

(ФИО, дата рождения, адрес, телефон, заполняется только для лиц, не достигших 18 лет и недееспособных граждан)

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					
3					
4					
5					
6					
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 _____ 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.
 - 3.4.4. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические

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(законный представитель) _____

Исполнитель ООО "Клиника Преображенская" _____

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

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:

- ознакомил с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006);

- 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 предоставления 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 (законный представитель) _____

Приложение №2 к договору № _____ от _____
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2012г № 1051н.

Я, _____
проживающий по адресу _____

в отношении: _____

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, связанный 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.

_____ (фио гражданина, тел) _____ (подпись)

_____ (фио медработника) _____ (подпись)

Потребитель _____ (подпись)

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

Я, _____ (Ф.И.О. полностью)

проживающий по адресу _____ (по месту регистрации)

паспорт _____ (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, и персональных данных моего ребенка

_____ чьим законным представителем я являюсь, 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 передачу) 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 или 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, оповещение о проводимых акциях, мероприятиях, скидках осуществлять рекламную рассылку посредством мессенджеров (Whats App), отpravку СМС-сообщений на указанный мной номер телефона, а также на электронную почту

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Потребитель (законный представитель) _____

Директору ООО "Клиника Преображенская"
Гриневу Станиславу Владимировичу
ФИО: _____
Паспорт: серия _____ номер _____,
выдан _____

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

(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 _____