

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, «___» _____ года рождения, (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента» _____), настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация 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 (далее - программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

В соответствии с п.15 Постановления Правительства РФ № 1006 от 04.10.2012г. до подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с Прейскурантом ООО «Умка Фэмили», действующим на дату заключения договора; уведомлен(а) 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 и повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

(подпись)

(ФИО Пациента/законного представителя)

Договор № _____ на оказание платных медицинских услуг

г. Ростов-на-Дону

«___» _____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Умка Фэмили», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Хасанова Умара Владимировича, действующего на основании Устава и внесения записи в ЕГРЮЛ (ОГРН 1196196044978), выданного Межрайонной ИФНС №26 по Ростовской области 30.10.2019 г. с одной стороны и

Этот раздел заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан (в случае заключения договора в интересах третьего лица - «Пациента»)

Я, _____,
паспорт: _____, _____ выдан _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун — нужное подчеркнуть) ребенка или лица, признанного недееспособным. Лицо, чьи интересы я представляю:

(ФИО ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)
далее «Заказчик»

(Ф.И.О. полностью)

паспорт серия _____ номер _____ выдан _____,
далее именуемый(ая) «Пациент», в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему Договору (далее - Договор), с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор, о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем договоре:

Исполнитель – медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги Пациенту.

Пациент – физическое лицо, имеющее намерение получить, либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг.

Заказчик – физическое (юридическое) лицо, законный представитель, имеющее намерение заказать, либо заказывающее платные медицинские услуги в соответствии с Договором в пользу Пациента.

1. Предмет Договора

1.1. Настоящий договор регулирует взаимоотношения сторон во время получения Пациентом платных медицинских услуг в медицинской клинике ООО «Умка Фэмили» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ, других законодательных актов Российской Федерации.

1.2. Пациент (Заказчик) поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию в соответствии с условиями настоящего Договора медицинских услуг, включающего в себя: установление диагноза, составление Спецификации (плана

лечения) и проведения лечения силами назначенных Исполнителем лечащих врачей, являющихся сотрудниками Исполнителя в помещении, на оборудовании и материалами Исполнителя Пациенту, на основании требований клинических рекомендаций (протоколов лечения) и в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

1.3. Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица Основной государственный регистрационный номер (ОГРН) 1196196044978 от 30 октября 2019 г., поставлено на учет в налоговом органе в соответствии с Налоговым кодексом РФ в Инспекцию Федеральной налоговой службы по Октябрьскому району г. Ростова-на-Дону, действующей лицензии № ЛО-61-01-007680 от 06.04.2020 г., выданной Министерством здравоохранения Ростовской области по адресу: 344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел.8(863)242-41-09 на осуществление медицинской деятельности по адресу: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Города Волос, 45/107 и разрешающей выполнение следующих работ и услуг: 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: вакцинации (проведению профилактических прививок); сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; , при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине); организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии; гематологии; генетике; детской хирургии; кардиологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психиатрии; психотерапии; пульмонологии; ревматологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии; При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

1.4. Конкретный перечень медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ и услуг, сроки их оказания содержатся в Спецификации (Приложение №1), а также после оказания каждой услуги подписывается акт об оказании платных медицинских услуг (Приложение № 4), который после его проверки и подписания Пациентом (Заказчиком) становится неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.5. Процесс предоставления медицинских услуг осуществляется медицинским персоналом и специалистами Исполнителя, в соответствии с действующими стандартами оказания медицинской помощи на территории РФ.

1.6. Пациент (Заказчик), получая от Исполнителя медицинские услуги подтверждает, что Исполнитель в доступной для Пациента (Заказчика) форме и в соответствии с требованиями законодательства РФ ознакомил его с:

- Правилами предоставления платных медицинских услуг в медицинской клинике ООО «Умка Фэмили»;
- Политикой обработки персональных данных в ООО «Умка Фэмили»;
- Правилами внутреннего распорядка для потребителей услуг в медицинской клинике;
- Условиями предоставления и получения медицинских услуг и прейскурантом на услуги, действующим в ООО «Умка Фэмили»;
- Режимом работы медицинской клиники;
- Основными свойствами оказываемых Пациенту медицинских услуг, противопоказаниями при отдельных видах заболеваний и иной дополнительной информацией, касающейся особенностей, предоставляемых Пациенту медицинских услуг.

1.7. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента (Заказчика) на медицинское вмешательство (Приложение № 2), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.8. Перед подписанием настоящего Договора Исполнитель в соответствии с пунктом 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», предупреждает Пациента (Заказчика) о том, что медицинская клиника ООО «Умка Фэмили» не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент (Заказчик) проинформирован о том, что Пациент, являясь гражданином РФ, имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст. 41 Конституции РФ и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей помощь на безвозмездной основе.

1.9. Стоимость медицинских услуг определяется на основании расценок, устанавливаемых Исполнителем, рассчитывается исходя из видов и объема услуг, оказанных в рамках настоящего договора.

1.10. Результат оказания медицинских услуг, перечень оказанных медицинских услуг и сроки указываются в Спецификации (Приложение № 1) и в Приложении № 4 (акт об оказанных медицинских услугах).

1.11. Предоставление Исполнителем дополнительных медицинских услуг осуществляется с предварительного письменного согласия Пациента (Заказчика), оформляется дополнительным соглашением Сторон и оплачивается дополнительно.

1.12. До заключения настоящего Договора, Исполнитель, в соответствии с пунктом 15 Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» в письменной форме уведомляет Пациента (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 Пациента.

2. Права и обязанности Пациента (Заказчика)

2.1. Пациент (Заказчик) имеет право:

2.1.1. Требовать от Исполнителя выполнения надлежащего качества предоставляемых платных медицинских услуг.

2.1.2. Выбрать день и время явки на прием в соответствии с графиком работы Исполнителя и с учетом занятости времени персонала Исполнителя другими Пациентами.

2.1.3. Требовать от Исполнителя предъявления копий учредительных документов организации, лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, прейскурант на медицинские услуги, сведений о профессиональной подготовки и квалификации медицинского персонала.

2.1.4. Требовать предоставления в доступной для Пациента (Заказчика) форме информации о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

2.1.5. Требовать информацию об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах, медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.6. Дать полный либо частичный отказ от одного или нескольких видов медицинских вмешательств в письменной форме в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан (Приложение №3).

2.1.7. Обратиться к руководству Исполнителя с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

2.1.8. Перенести дату и время оказания медицинских услуг, согласованную с Исполнителем, заблаговременно предупредив об этом Исполнителя и согласовав с ним новый срок оказания услуг.

2.1.9. Получить копию медицинской документации и документации, необходимой для получения налогового вычета в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ.

2.1.10. Согласиться или не согласиться с предложенными Исполнителем методами диагностики и лечения.

2.1.11. Принимать участие в проводимых Исполнителем рекламных акциях.

Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.1.12. Отказаться в одностороннем порядке от дальнейшего исполнения договора в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.1.13. Отказаться от обработки своих персональных данных, при этом такой отказ не может являться основанием к изменению, расторжению договора Исполнителем.

2.1.14. Обратиться в суд за защитой нарушенных прав и охраняемых законом интересов без соблюдения досудебного порядка урегулирования спора.

2.1.15. На выбор территориальной подсудности рассмотрения спора, вытекающего из настоящего договора.

2.1.16. На выбор средств и способов нарушенных прав (ст. 12 ГК РФ).

2.1.17. При обнаружении недостатков оказанной медицинской услуги вправе по своему выбору потребовать с Исполнителя: безвозмездного устранения недостатков выполненной работы (медицинской услуги); соответствующего уменьшения цены выполненной работы (медицинской услуги); возмещения понесенных им расходов по устранению недостатков выполненной работы (медицинской услуги) своими силами или третьими лицами; отказаться от исполнения договора и потребовать возврата уплаченной за медицинскую услугу суммы при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

2.1.18. Отказаться от оплаты дополнительных медицинских услуг, а если они оплачены, потребовать возврата уплаченной суммы.

2.2. Пациент (Заказчик) обязан:

2.2.1. Дать информированное добровольное согласие (Приложение №2) в письменной форме на проведение платных медицинских услуг в порядке, установленном ст. 20 законодательства РФ об охране здоровья граждан или дать полный, или частичный отказ от медицинских услуг.

2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах, о проведенных ранее обследованиях и лечении, об аллергических реакциях, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.3. Соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по подготовке к диагностическим исследованиям, а также неукоснительно соблюдать все назначения и рекомендации медицинского персонала Исполнителя по достижению и сохранению результатов лечения.

2.2.4. Оплатить Исполнителю стоимость заказанных медицинских услуг в порядке, предусмотренном настоящим Договором.

2.2.5. При посещении специалиста по предварительной записи прибыть на прием заблаговременно. В случае невозможности посетить специалиста в ранее согласованное время заблаговременно предупредить об этом Исполнителя по **телефонам**: _____

2.2.6. Немедленно извещать Исполнителя обо всех осложнениях, возникших во время и после оказания медицинских услуг.

2.2.7. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской клинике, режим работы медицинской клиники.

2.2.8. По окончании лечения, при отсутствии замечаний по оказанным медицинским услугам, подписать акт об оказанных платных медицинских услугах (Приложение № 4). В случае одностороннего отказа от подписания акта, и не предоставления мотивированного отказа в течение 5 рабочих дней с момента предоставления акта, оказанные услуги считаются выполненными в полном объеме, в срок, без каких-либо замечаний.

3. Права и обязанности Исполнителя

3.1. Исполнитель имеет право:

3.1.1. Самостоятельно определять объем исследований и необходимых действий, направленных на установление верного диагноза и оказания медицинских услуг.

3.1.2. Вносить изменения и дополнения в прейскурант цен на медицинские услуги со своевременным уведомлением об этом Пациента (Заказчика). Прейскурант является официальным документом Исполнителя, содержит полный перечень услуг, оказание которых возможно в рамках настоящего Договора.

3.1.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения медицинской услуги, Исполнитель вправе назначить другого врача. Исполнитель вправе отсрочить выполнение услуг на более поздний срок с предварительным уведомлением Пациента и назначением нового срока оказания услуг.

3.1.4. При изменении клинической ситуации с согласия Пациента (Заказчика), вносить корректировку в план лечения и (или) сроки лечения.

3.1.5. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях:

3.1.5.1. Когда оказание таких услуг не предусмотрено Прейскурантом Исполнителя, либо, когда исследование, включенное в Прейскурант, временно не производится.

3.1.5.2. При выявлении у Пациента заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях.

3.1.5.3. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

3.1.5.4. Если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью или угрожает его жизни.

3.1.5.5. При появлении Пациента в алкогольном, наркотическом или токсическом опьянении, либо совершения им действий, угрожающих жизни и здоровью персонала.

3.1.6. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем манипуляций, исследований, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.

3.1.7. Самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации к исполнению своих обязательств по данному Договору.

3.1.8. Использовать по своему усмотрению любые разрешенные на территории РФ методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования, при этом количество и формулировка результатов исследований может не совпадать с наименованием соответствующих исследований в других источниках (прейскурант, интернет-сайт и др.) в связи со спецификой или технологией их исполнения.

3.1.9. При отказе Пациента (Заказчика) от обработки персональных данных, осуществить такую обработку в случае, когда предоставление таких данных предусмотрено законом или непосредственно связано с исполнением договора (Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ).

3.2. Исполнитель обязан:

3.2.1. По требованию Пациента (Заказчика) предоставлять для ознакомления копии учредительных документов организации, лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность.

3.2.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

3.2.3. Получить от Пациента (Заказчика) информированное добровольное согласие на проведение платных медицинских услуг перед подписанием настоящего Договора (Приложение №2).

3.2.4. Информировать Пациента (Заказчика) о стоимости оказания предполагаемых медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.

3.2.5. Оказывать Пациенту истребованные им медицинские услуги в соответствии со стандартами качества медицинских услуг.

3.2.6. Предложить Пациенту самый безопасный и оптимальный метод обследования и лечения с минимальным среднестатистическим риском.

3.2.7. Обеспечивать своевременное и качественное информирование Пациента (Заказчика), а также предоставление Пациенту медицинских услуг с соблюдением всех требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

3.2.8. Своевременно осуществлять прием Пациентов, в том числе в заранее согласованные с Пациентом (Заказчиком) часы, в рамках предварительной записи (при условии явки Пациента (Заказчика) на прием).

3.2.9. По желанию Пациента (Заказчика) предоставлять бесплатную, доступную информацию о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

3.2.10. При невозможности выполнения своих обязательств по срокам предоставления результата исследований в случае наличия технической возможности уведомить Пациента (Заказчика) по контактными данным (телефон, электронный адрес) за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ, когда предоставление результатов исследований возможно только при предоставлении документа, удостоверяющего личность самого Пациента или законного представителя Пациента и по выбору Пациента (Заказчика) перенести выполнение исследований на более поздний срок, либо возратить Пациенту (Заказчику) сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок не представилось возможным без каких-либо штрафных санкций.

3.2.11. Информировать Пациента (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения.

3.2.12. Хранить врачебную тайну Пациента (Заказчика) и не разглашать без согласия Пациента (Заказчика) сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания или иных сведений, полученных при его обследовании и лечении за исключением случаев, когда в соответствии с законодательством Российской Федерации допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина.

3.2.13. При оказании платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

3.2.14. Немедленно предупредить Пациента (Заказчика) и до получения от него указаний приостановить оказание услуг при обнаружении (наступлении):

- недостоверности либо недостаточности информации, полученной от Пациента (Заказчика), за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

- не зависящих от Исполнителя обстоятельств, которые грозят нарушением сроков и качеству оказываемых услуг.

3.2.15. Исполнитель предоставляет Пациенту (Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.2.16. Исполнитель не вправе отказать в заключении договора на оказание платных медицинских услуг с Пациентом (Заказчиком) в связи с отказом Пациента (Заказчика) предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством РФ или непосредственно связана с исполнением договора с Пациентом (Заказчиком).

4. Качество услуг.

4.1. При оказании всех медицинских услуг Исполнитель обязуется действовать добросовестно, заботливо и осмотрительно.

4.2. Медицинская услуга считается оказанной качественно, если в совокупности: оказана своевременно, при правильном выборе методов диагностики, лечения, профилактики, а также при отсутствии дефектов оказания медицинской помощи.

4.3. Осложнения, наступившие после оказания медицинской услуги, в случае грубого несоблюдения (нарушения) Пациентом рекомендаций, данных врачом-специалистом (режим, прием необходимых препаратов и т.д.) не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.4. Возможные дискомфорт, вызванные спецификой медицинских методик, являясь нормальной реакцией организма на физическое, химическое воздействие препаратов, которые проходят в течение разумного срока и о которых Пациент (Заказчик) был заранее предупрежден специалистом, не являются показателем плохого качества услуги и основанием для претензий к Исполнителю.

4.5. Медицинские услуги (манипуляции), оказываемые по договору, предполагают возможность вмешательства в органы и системы человека, а также вероятное появление сопутствующих свойств и осложнений, оговоренных в соответствующих информированных добровольных согласиях. Осложнение медицинской услуги, имеющее объективный характер и не зависящее от действий Исполнителя, о котором был изначально уведомлен Пациент (Заказчик), не является дефектом медицинской помощи.

5. Сроки предоставления платных медицинских услуг.

5.1. Срок предоставления конкретной услуги Исполнителя (консультации, диагностические исследования, лечебные манипуляции) определяются датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со ст. 190 ГК РФ и приложениями к договору.

5.2. Длительность лечения каждого Пациента индивидуальна, определяется врачом ориентировочно, исходя из установленного диагноза, динамики течения заболевания в каждом конкретном случае.

5.3. Односторонняя корректировка, изменение сроков лечения без оформления письменного согласия Пациента (Заказчика) не допускается.

6. Условия оплаты и порядок расчетов

6.1. Исполнитель информирует Пациента (Заказчика) о стоимости медицинских услуг до начала их предоставления и подписания Договора.

6.2. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом Исполнителя, действующим на момент оказания услуги.

6.3. Пациент (Заказчик) самостоятельно определяет способ и форму оплаты за оказанные медицинские услуги (наличный или безналичный расчет) и производит их в рублях РФ согласно Прейскуранту услуг Исполнителя. Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

7. Ответственность Сторон

7.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

7.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств Исполнителем, Пациент (Заказчик) вправе потребовать от Исполнителя уплаты пени:

- за просрочку удовлетворения требований за некачественно оказанную медицинскую услугу 1% от стоимости оказанных услуг за каждый день просрочки со дня выставления Пациентом (Заказчиком) обоснованной претензии;

- за просрочку выполнения медицинских услуг и при просрочке удовлетворения требований при выполнении медицинских услуг 3% от стоимости услуг за каждый день просрочки со дня выставления Пациентом (Заказчиком) обоснованной претензии.

Исполнитель освобождается от уплаты неустойки за нарушения выполнения обязательств по оказанию услуг, предусмотренных настоящим Договором, если докажет, что нарушение выполнения указанных обязательств произошло по вине Пациента (Заказчика) или по независящим от него обстоятельствам, которые он не мог предвидеть или предотвратить.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях:

7.4.1. Отказа Пациента (Заказчика) от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения адекватного лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений.

7.4.2. Невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома.

7.4.3. Отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения.

7.5. Исполнитель не несет ответственности, если до оказания медицинской услуги Пациент (Заказчик) не исполнил обязанность по информированию медицинского персонала Исполнителя об аллергических реакциях, противопоказаниях, перенесенных заболеваниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у медицинского персонала Исполнителя такой информации.

7.6. Исполнитель не несет ответственности при возникновении осложнений, о возможности которых Пациент (Заказчик) был предупрежден до оказания медицинской услуги.

7.7. Исполнитель не несет ответственность за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

7.8. В случае причинения ущерба имуществу Исполнителя Пациент (Заказчик) обязан возместить причиненный ущерб в полном объеме.

7.9. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7.10. Обращения по результатам предоставленных медицинских услуг, качеству медицинских услуг и сервиса, могут быть переданы непосредственно Исполнителю либо направлены по почте России.

7.11. Срок рассмотрения обращения предусматривается действующим законодательством РФ и локальными актами Исполнителя.

7.12. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту (Заказчику) в заключении, исполнении, изменении или расторжении настоящего договора в связи с отказом Пациента (Заказчика) предоставить свои персональные данные за исключением случаев, если это право предоставлено законом или иным нормативным правовым актом.

8. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

8.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев. Если по истечении срока действия договора, Стороны продолжают выполнять его условия, договор считается возобновленным на тех же условиях на тот же срок. Количество пролонгаций не ограничено. При этом, каждая из Сторон вправе прекратить его действие, предупредив об этом другую сторону в порядке и сроки, установленные ст. 450.1 Гражданского кодекса РФ.

8.2. Медицинская помощь считается оказанной после подписания акта об указанных услугах обеими сторонами (Приложение № 4).

8.3. Изменение и расторжение Договора возможны по соглашению Сторон в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

8.5. В случае расторжения Договора по инициативе Пациента (Заказчика) оплата за медицинские услуги и/или исследования, которые уже были выполнены, возврату не подлежит.

9. Порядок разрешения споров.

9.1. Все возможные споры, возникающие в связи с настоящим Договором, стороны будут решать путем переговоров.

9.2. В случае не достижения Сторонами согласия, все споры подлежат разрешению в судебном порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

9.3. Пациент (Заказчик) вправе подать иск в суд по месту: нахождения организации; заключения или исполнения договора; жительства или пребывания Потребителя (Заказчика).

10. Прочие условия

10.1. Услуги оказываются непосредственно после изъяснения Пациентом (Заказчиком) желания их получить и подписания настоящего Договора. Сроки оказания услуги определяются исходя из медицинских показаний в каждом конкретном случае индивидуально и согласовываются с Пациентом (Заказчиком).

10.2. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что в установленном законом порядке обладает всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесет риск всех связанных с этим негативных последствий.

10.3. Договор составляется в 2-х экземплярах (в 3-х если в договоре участвуют 3 стороны - Исполнитель, Заказчик и Потребитель) по одному для каждой из сторон и имеют одинаковую юридическую силу. Стороны согласовали подписание данного Договора Исполнителем при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с п.2 ст. 160 ГК РФ. Кроме того, Стороны позволяют использовать факсимиле на иных документах, являющихся необходимыми при проведении сделок (дополнительных соглашениях, актах и т.д.). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

10.4. Пациент (Заказчик) дает СОГЛАСИЕ/НЕСОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в п.п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору (Приложение №5).

10.5. Пациент (Заказчик) дает свое СОГЛАСИЕ/НЕСОГЛАСИЕ (нужное подчеркнуть) на получение информации (устно, смс) на свой электронный адрес, телефонный номер от Исполнителя об очередном осмотре, напоминание о назначенном времени приема, о спец. предложениях в медицинской клинике.

10.6. Пациент (Заказчик) заверяет и гарантирует, что он должным образом ознакомлен со всеми пунктами Договора и согласен с его условиями.

10.7. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров.

10.8. Все неурегулированные настоящим Договором отношения регулируются в соответствии с действующим законодательством РФ, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1.

10.9. По письменному запросу Пациента (Заказчика), Исполнитель предоставляет затребованные копии из оригиналов медицинской документации. Пациент либо его законный представитель представляет запрос на бумажном носителе (при личном обращении или по почте).

При подаче запроса лично, а также при личном получении медицинских документов (их копий) и выписок из них Пациент либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность.

10.10. Срок выдачи медицинских документов (их копий) и выписок из них – в течение 30-ти дней с момента регистрации запроса.

10.11. Документы, указанные в п. 11 настоящего договора, существуют либо как физическое приложение к данному договору в одном или нескольких экземплярах, либо как документы в составе общего пакета документов Исполнителя. При этом Пациент (Заказчик) подтверждает, что в доступной для него форме и в полном объеме ознакомлен со всеми документами, являющимися неотъемлемой частью данного Договора.

11. Приложения к настоящему Договору:

11.1. Спецификация (приложение №1);

11.2. Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств (приложение №2);

11.3. Отказ от видов медицинских вмешательств (приложение №3);

11.4. Акт об оказании платных медицинских услуг (приложение №4);

11.5. Согласие на обработку персональных данных (приложение №5).

12. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Умка Фэмили»

Юридический адрес: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Города Волос, 45/107

ИНН 6165222197 ОГРН 1196196044978

Банк: ФИЛИАЛ "РОСТОВСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК"

Р/с 40702810926070002500 БИК 046015207 К/с 30101810500000000207

Директор _____ /У.В.Хасанов /
м.п (подпись)

Пациент (Заказчик):

ФИО Пациента (Заказчика) _____

Адрес места жительства _____

Паспорт гражданина РФ _____

Контактный телефон _____

Подпись Пациента (Заказчика) _____

Приложение № 1
к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____
от _____ г.

СПЕЦИФИКАЦИЯ

№п/п	Наименование услуг	Цена услуги (руб)	Кол-во услуг	Сумма	Дата	Подпись Пациента (Заказчика)	ФИО специалиста, подпись
1.							
2.							
3.							

Всего предполагается оказать платных медицинских услуг на сумму: _____.

Спецификация может быть дополнена и изменена по согласованию с Пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями Спецификации по медицинским показаниям лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

Ориентировочные сроки лечения по Спецификации составляют - _____ месяц(ев)/дней.

Со Спецификацией ознакомлен(а) и соглас(ен/сна): _____ / _____ /

(подпись)

(ФИО Пациента/законного представителя)

Врач: _____
(подпись)

Дата: _____.

Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(дата рождения гражданина либо законного представителя)
_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу: _____
(дата рождения пациента при подписании согласия законным представителем)
_____ (в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на 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 первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

в Обществе с ограниченной ответственностью «Умка Фэмили»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)

Отказ от медицинского вмешательства

Я, _____,
(Ф.И.О. Пациента, число, месяц, год рождения/Ф.И.О. законного представителя Пациента, число, месяц, год рождения)
« _____ » _____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу:
_____ при оказании мне/ лицу, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

_____ (ФИО несовершеннолетнего, год рождения)
медицинских услуг в **Обществе с ограниченной ответственностью «Умка Фэмили»** отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида (видов) медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____ (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния).

Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.

Приложение № 4 к
Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « _____ » _____ 20__ г.

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Мы, нижеподписавшиеся, ООО «Умка Фэмили», в лице представителя Исполнителя Хасанова У.В. с одной стороны и Пациент (Заказчик)

_____ (ФИО)

с другой стороны, составили настоящий Акт о том, что согласно указанному договору на оказание платных медицинских услуг Исполнителем были оказаны следующие медицинские услуги:

№ п/п	Наименование услуги	Специалист (ФИО)	Код услуги	Стоимость в руб.	Срок выполнения (дни)

Медицинские услуги оказаны надлежащим образом и в полном объеме.

Претензий к Исполнителю по качеству и срокам оказания услуг не имею.

Претензий к Пациенту (Заказчику) нет.

Представитель Исполнителя:

Директор _____ / Хасанов У.В./
(подпись)

Пациент (Заказчик):

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Дата _____

Приложение № 5
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от _____

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____,
дата рождения _____ г., документ, подтверждающий личность: _____, серия
№ _____, выдан _____ г., зарегистрированный (ая) по
адресу: _____,

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие медицинскому центру Общество с ограниченной ответственностью «Умка Фэмили» (ИНН 6165222197 ОГРН 1196196044978 КПП 616501001 адрес: 344000, Ростовская область, г. Ростов-на-Дону, ул. Города Волос, 45/107) (далее - «Исполнитель»), в лице Директора Хасанова Умара Владимировича, действующего на основании Устава, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования, 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 Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель 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).

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала.

В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания информация должна сообщаться (нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц) только мне | мне и следующим лицам | только следующим лицам, без моего уведомления:

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ 20__ г. и действует бессрочно.

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

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

« _____ » _____ г. / _____ / _____
(подпись) (ФИО пациента)

Законный представитель уведомлен о даче согласия несовершеннолетним/недееспособным _____
(подпись законного представителя)