

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

г. Ярославль

{дата_первого_визита}

ФИО пациента, дата рождения: {фио_пациента} {дата_рождения_пациента} г.р.

проживающий(-ая) по адресу: {адрес_пациента}

паспорт: {паспорт_пациента}

именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент» с одной стороны,
и медицинская организация – ООО «Медикор», именуемый в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора, действующего на основании Устава, с другой стороны,
вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, на условиях, определенных настоящим Договором, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Потребитель подтверждает, что согласовал осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, либо их объем, превышающий объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора: не могут превышать сроков, определенных законодательством РФ.

1.4. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

1.5. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности:

- номер: Л041-01132-76/00351045 от 29.06.2020 г., срок действия: бессрочный, орган, выдавший лицензию: Департамент здравоохранения и фармации Ярославской области, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность представлен по адресу: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи.

2.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи.

2.1.3 После исполнения Договора бесплатно выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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 в течение 5 рабочих дней.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

2.3. Пациент подтверждает, что уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Пациент подтверждает, что уведомлен 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.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.4.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.5. Пациент имеет право:

2.5.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

2.5.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

2.6. Пациент и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3. Стоимость услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг составляет _____ (_____) рублей.

3.2. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 3.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя не позднее дня оказания услуги.

4. Ответственность Сторон

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего 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.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных действующим законодательством.

5.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

5.3. Договор расторгается в случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с {дата_первого_визита} и действует до исполнения Сторонами взаимных обязательств.

6.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

Исполнитель:

{краткое_наименование_клиники}

Адрес места нахождения юридического лица:

{фактический_адрес_клиники}

ОГРН: {огрн_клиники}

ИНН: {инн_клиники} КПП: {кпп_клиники}

р/с {расчетный_счет_клиники}

в {наименование_банка_клиники}

кор. счёт: {корреспондентский_счет_клиники}

БИК: {бик_клиники}

Лицензия № {номер_лицензии_на_мо} от {дата_выдачи_лицензии_клиники} }

{наименование_организации_выдавшей_лицензию_клинике}

Пациент:

{фио_пациента}

Адрес: {адрес_пациента}

Телефон: {моб_телефон_пациента}

Паспортные данные: {паспорт_пациента}

(подпись)

(подпись)

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

Я, {фио_пациента}, {дата_рождения_пациента}, зарегистрированный(ая) по адресу: {адрес_пациента}, 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в {краткое_наименование_клиники}.

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 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" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, 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)

(ФИО, контактный телефон)

{фио_пациента} {моб_телефон_пациента}

Врач _____ {дата_первого_визита}

Согласие Заказчика на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся(аяся): {фио_пациента}, {дата_рождения_пациента} р.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку {краткое_наименование_клиники} (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: в том числе - фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, национальность, адрес, семейное, профессия, состояние здоровья, контактные телефоны, реквизиты полиса 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, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор в праве 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 договору ДМС, а также для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС и для оформления листка нетрудоспособности в форме электронного документа на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями Краснодарского края, Фонда социального страхования РФ и другие органы власти и организации, осуществляющие контроль качества оказания мне медицинских услуг с использованием машинных носителей, бумажных носителей информации 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 (медицинской карты) и составляет не более двадцати пяти лет.

Передача моих данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, за исключением, если иное не предусмотрено действующим законодательством РФ.

Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен 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 течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Настоящее согласие дано мной, {фио_пациента}, {дата_первого_визита}

подпись субъекта персональных данных

Согласие на рассылку SMS и email-сообщений

1. Анкетные данные

Дата заполнения: {дата_визита} Фамилия, имя, отчество: {фио_пациента} Адрес электронной почты: {email_пациента} Номер телефона: {моб_телефон_пациента}	Вид документа, удостоверяющего личность: {паспорт_пациента} Адрес: {адрес_пациента}
---	--

2. Согласие на получение информации по каналам связи:

Я хочу получать информацию об услугах {краткое_наименование_клиники}, информацию-напоминание о дате и времени записи к специалистам, о готовности результатов исследований в виде смс-сообщений на указанный выше номер телефона. Я хочу получать информацию об услугах {краткое_наименование_клиники}, результатах медицинских исследований в виде электронных рассылок на указанный выше адрес электронной почты.

3. Согласие на обработку персональных данных:

Я даю свое согласие на обработку персональных данных, содержащихся в настоящей анкете с целью направления мне указанной выше информации, в том числе на передачу соответствующей информации лицам, привлекаемым к исполнению указанных действий. Срок действия согласия – бессрочно.

4. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных:

Для отзыва согласия на обработку персональных данных необходимо подать соответствующее заявление в письменной форме по месту нахождения {краткое_наименование_клиники} не менее, чем за 30 дней до момента отзыва соответствующего согласия. После отзыва согласия персональные данные используются только в целях, предусмотренных законодательством.

5. Я подтверждаю, что все указанные в настоящей анкете данные верны, подтверждаю что указанный выше номер является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, и готов возместить любой ущерб, который может быть причинен в связи с указанием мной некорректных данных в настоящей анкете в полном объеме.

_____ {фио_пациента}
 {дата_первого_визита}

Заполняется ответственным сотрудником {краткое_наименование_клиники} главный врач {фио_главврача_клиники}.
 Личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.

_____ Директор {фио_директора_клиники_(сокращенное)}