

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг № _____ /2018

Тульская область, город Тула, проспект Ленина, дом № 66-А

« _____ » _____ 20 ____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья» в лице директора Кузовлевой Е.А., действующей на основании Лицензии № _____, перечня работ и услуг (Приложение №1 к Лицензии) при оказании первичной, в том, числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуется и выполняются следующие работы (услуги): - при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по : сестринскому делу, медицинскому массажу; - при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, косметологии, дерматовенерологии, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), урологии, ультразвуковой диагностике, неврологии, эндокринологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, отоларингологии (за исключением кохlearной имплантации), экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем Исполнитель, с одной стороны,

(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя, дата рождения, паспортные данные, адрес места жительства)

являющ _____ ся законным представителем _____,

(Ф.И.О. ребенка (иного лица), дата рождения)

именуем _____ в дальнейшем Пациент, с другой стороны, при совместном упоминании именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги (перечень в приложении №1 к данному договору), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения и разрешенные на территории РФ в амбулаторных условиях, в объеме, разрешенном выданной Исполнителю государственной лицензией на медицинскую деятельность.

1.2. Пациент обязуется принять и своевременно и в полном объеме оплатить оказываемые медицинские услуги на условиях, предусмотренных настоящим Договором, согласно Прейскуранту цен, а также выполнять рекомендации Исполнителя, направленные на обеспечение качества предоставляемых услуг. Медицинские услуги, оказываются в соответствии с планом лечения, составленным лечащим врачом, и фиксируются в медицинской карте Пациента.

1.3. Отношения между Исполнителем и Пациентом регулируются нормами федерального законодательства, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 13.01.1996 года № 27, а также настоящим Договором.

1.4. Для целей настоящего Договора Исполнитель и Пациент включают в его условия представителя Исполнителя, а именно: специалиста, осуществляющего свою деятельность на территории Исполнителя, за его счет, в интересах Исполнителя и Пациента на основании заключенного между Исполнителем и специалистом трудового договора, обладающего соответствующими знаниями и умениями и квалификацией, именуемого в дальнейшем Доктор.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Качественно и квалифицированно оказывать медицинские услуги.

2.1.2. Осуществлять осмотр Пациента для установления диагноза и плана лечения, отразив результаты обследования, план лечения и сроки его выполнения в карте Пациента, которая хранится у Исполнителя. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Пациента на медицинское вмешательство.

2.1.3. Информировать Пациента о возможных способах лечения, возможных осложнениях и рисках предстоящих медицинских процедур, а также о возможностях наступления неблагоприятных последствий при невыполнении Пациентом указаний и рекомендаций Доктора.

2.1.4. Поставить в известность Пациента о возникших обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема оказания услуг.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.6. Соблюдать правила медицинской этики.

2.1.7. С момента получения от Пациента письменного заявления, в течение 10 (десяти) дней, предоставить Пациенту копии медицинских документов, имеющих непосредственное отношение к оказываемым ему медицинским услугам.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляций необходимых для лечения Пациента в рамках плана лечения.

2.2.2. Требовать от Пациента сведения и документы (при условии их наличия в случае прохождения ранее лечения в других медицинских учреждениях), необходимые для эффективного лечения.

2.2.3. Требовать от Пациента своевременную и полную оплату оказанных услуг.

2.2.4. Отказать в приеме Пациенту в случаях:

- нахождения пациента в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения,

- если Пациент настаивает на проведении лечения, а Исполнитель в лице врача аргументированно считает лечение нецелесообразным,

- систематической неявки Пациента на прием без предварительного уведомления.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Предоставлять Исполнителю полный объем сведений, в том числе зафиксированных документально, касающихся состояния своего здоровья.

2.3.2. Выполнять назначения и рекомендации Доктора.

2.3.3. Своевременно и в полном объеме оплачивать оказываемые услуги Исполнителю.

2.3.4. В случае отказа от назначений и рекомендаций Доктора, предоставить соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства Исполнителю.

2.3.5. Являться на лечение в установленное время, согласованное с врачом.

2.3.6. Незамедлительно извещать Исполнителя о любых осложнениях или изменениях в состоянии своего здоровья, возникших в процессе осуществления лечения.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать полную и достоверную информацию об объеме, стоимости и результатах предоставленных медицинских услуг.

2.4.2. В доступной форме получить полную, достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, а также о возможных и предлагаемых методах лечения, связанном с ним риске, их последствиях и ожидаемых результатах лечения.

2.4.3. На основании письменного заявления затребовать копии медицинских документов, имеющих непосредственное отношение к оказываемым ему медицинским услугам.

2.4.4. Расторгнуть настоящий Договор, уведомив Исполнителя в письменной форме и уплатив фактически понесенные Исполнителем расходы.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору состоит из суммы цен, указанных в прейскуранте, за каждую консультативную, диагностическую и лечебную услугу, формируемую на основании плана лечения. Подписанием настоящего договора Пациент подтверждает факт ознакомления с прейскурантом цен Исполнителя.

3.2. Заказчиком производится 100% оплата в наличной форме за фактически оказанную медицинскую услугу путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя либо путем зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя с использованием банковской карты Пациента.

3.3. Стоимость услуг по настоящему Договору составляет _____ (_____) рублей _____ копеек.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.

4.1. Пациент несет ответственность за неоплату или неполную оплату оказанных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за ненадлежащее качество оказываемых медицинских услуг. При этом отсутствие желаемого (предполагаемого) Пациентом результата лечения не является основанием для признания услуги оказанной ненадлежащим образом, если по характеру обязательств и условий настоящего Договора Доктор принял все меры для надлежащего профессионального исполнения обязательств.

4.3. В случае если Пациент не предоставил, предоставил не в полном объеме или несоответствующую действительности информацию, необходимую для качественного исполнения медицинских услуг Исполнителем, Исполнитель не несет ответственности за наступление возможных негативных последствий в виде возникновения различного рода осложнений у Пациента.

4.4. Исполнитель не несет ответственности за осложнения, наступившие в результате несоблюдения Пациентом режима, установленного Доктором, травм и иных повреждений и ухудшений состояния здоровья, полученных Пациентом при оказании Пациенту медицинских услуг другими клиниками.

4.5. Исполнитель не несет ответственность за возникшие осложнения в случае добровольного отказа Пациента от предоставляемых услуг, в том числе в случае, если данные осложнения явились следствием данного отказа.

4.6. За несоблюдение, либо ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему Договору Исполнитель и Пациент несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств по настоящему Договору в случае наступления обстоятельств непреодолимой силы, то есть непредвиденных, чрезвычайных и непреодолимых при данных условиях, как то: наводнения, землетрясения, ураганы, оползни, пожары, аварии на транспорте, публикация нормативных актов запрещающего характера, гражданские беспорядки, мятежи, война и военные действия, забастовки персонала и иные явления, не зависящие от воли Сторон.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

5.1. Срок оказания медицинских услуг – 1 (один) календарный день.

5.2. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до окончания исполнения обязательств Сторонами в течение срока оказания медицинских услуг, указанного в п. 5.1. настоящего Договора.

5.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменной форме, подписываются каждой из Сторон и обязательны для исполнения Сторонами.

5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами, разрешаются ими путем переговоров.

5.5. В случае, если споры и разногласия, возникшие между Сторонами не могут быть урегулированы путем переговоров, то они разрешаются в судебном порядке на основании действующего законодательства Р.

6. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

6.1. При подписании настоящего договора, на основании Федерального закона от 27.07.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ, Пациент выражает свое согласие на обработку Исполнителем своих персональных данных, включая особые категории (фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в целях оказания медицинских услуг, ведения внутреннего учета Исполнителя).

6.1.1. Я, _____ (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя)

проживающ _____ по адресу: _____,

в соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 года «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных моего ребенка (иного недееспособного лица),

_____),

(Ф.И.О. ребенка (иного лица), дата рождения)

включающую в себя совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, Обществом с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья», а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дату рождения, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), адрес места жительства, контактные телефоны, место работы, реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях, при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным хранить врачебную тайну.

Я уведомлен _____, что срок хранения моих персональных данных (персональных данных моего ребенка) соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет 25 (двадцать пять) лет. По истечении указанного срока хранения Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья» обязано уничтожить все мои персональные данные, включая копии на машинных носителях информации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья» обязано прекратить их обработку.

_____ (_____)

(подпись Пациента)

(Ф.И.О. Пациента)

7. ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

7.1. Я, _____, _____ года рождения, проживающ _____ по адресу: _____

даю информированное добровольное согласие на виды 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 Минздравсоцразвития России от 23 апреля 2012 г. № 390 н (зарегистрирован Минюстом России 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень видов медицинских вмешательств), при оказании мне, моему ребенку, лицу, чьим законным представителем я являюсь, _____

(Ф.И.О. ребенка (иного лица), дата рождения)

медицинских услуг в Обществе с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья»

Я ознакомлен _____ с Перечнем видов медицинских вмешательств, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях, методах оказания медицинских услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинских услуг. Мне разъяснено, что при оформлении настоящего добровольного информированного согласия, а также перед осуществлением медицинского вмешательства, включенного в Перечень видов медицинских вмешательств, я имею право отказаться от одного или нескольких вышеуказанных видов медицинского вмешательства.

Я уведомлен _____, что несоблюдение мною (моим ребенком, лицом, чьим законных представителем я являюсь) указаний (рекомендаций) Доктора, в том числе назначенного режима лечения, могут существенно снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно отразиться на состоянии здоровья.

(подпись Пациента)

(Ф.И.О. Пациента)

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ, ПОДПИСИ СТОРОН.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПАЦИЕНТ
<p>Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья» Юридический адрес: 300012, Тульская область, город Тула, проспект Ленина, дом № 66-А ИНН: 7107123625 КПП: 7107011001 ОГРН: 1177154027005 Р/счет: 40702810543100002107 Банк получателя: ПАО АКБ «Авангард» г. Москва БИК: 044525201 К/счет: 3010181000000000201 Телефон: (4842) 25-11-41</p>	<p>_____ (Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя) Дата рождения: « _____ » _____ года Паспорт серия _____ № _____, выдан _____ _____ « _____ » _____ года Адрес места жительства: _____ _____ Телефон: _____</p>
<p>_____ (подпись) М.П. (Кузовлева Е.А.)</p>	<p>_____ (подпись) (Ф.И.О.)</p>

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Ф.И.О. Доктора, специальность	Цена медицинской услуги	Количество медицинских услуг	Подпись Пациента о подтверждении факта согласования цены, объема и вида медицинской услуги*	Подпись Пациента о подтверждении факта оказания медицинской услуги
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

*Подпись Пациента означает факт принятия медицинских услуг, оказанных в полном объеме, своевременно и с надлежащего качества.

ИСПОЛНИТЕЛЬ	ПАЦИЕНТ
<p>Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Созвездие здоровья» Юридический адрес: 300012, Тульская область, город Тула, проспект Ленина, дом № 66-А ИНН: 7107123625 КПП: 7107011001 ОГРН: 1177154027005 Р/счет: 40702810543100002107 Банк получателя: ПАО АКБ «Авангард» г. Москва БИК: 044525201 К/счет: 30101810000000000201 Телефон: (4842) 25-11-41</p>	<p>(Ф.И.О. гражданина, одного из родителей, иного законного представителя) Дата рождения: «_____» _____ года Паспорт серия _____ № _____, выдан _____ «_____» _____ года Адрес места жительства: _____ Телефон: _____</p>
<p>_____ (Кузовлева Е.А.) (подпись) М.П.</p>	<p>_____ (_____) (подпись) (Ф.И.О.)</p>