Договор № _____
на предоставление платных медицинских услуг

г. Чехов «_____»_____202___ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника доктора Карвацкой» (ООО «Клиника доктора Карвацкой») ИНН 5048058030, ОГРН 1215000027615, в лице генерального директора **Карвацкой Кристины Фёдоровны** действующей на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01162-50/00324965 от 10.08.2021 г. выданную Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Министерством здравоохранения Московской области) ллицензируемый вид деятельности: медицинская деятельность (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»), действующую бессрочно
по адресу: 142301, Московская область, г.о. Чехов, г. Чехов, ул. Вишневая д.5 пом.3 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; косметологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; функциональной диагностике; хирургии; эндокринологии.
по адресу: 142301, Московская область, г.о. Чехов, г. Чехов, ул. Вишневая д.2 пом.1 при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); медицинскому массажу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); мануальной терапии; ультразвуковой диагностике,
именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

_____,
именуемый в дальнейшем «Заказчик», и пациент (законный представитель)

_____,
именуемый в дальнейшем «Потребитель» (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов Потребителя услуги), с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1 Исполнитель предоставляет Потребителю платные медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с перечнем, предусмотренных лицензией, а Заказчик (Потребитель) обязуется их принять и своевременно оплатить в соответствии с Прейскурантом, действующим на момент оказания услуги.
1.2 Исполнитель по медицинским показаниям устанавливает порядок, характер, сроки и объём предоставляемых услуг, которые указывает в Дополнительных соглашениях к договору, которые становятся неотъемлемой частью Договора с момента его подписания.
1.3 Заказчик и (или) Потребитель (законный представитель) ознакомлен(ы) и согласен(ы) с Правилами поведения пациента в медицинской организации, Положением о платных медицинских услугах и Прейскурантом Исполнителя.

_____/_____ _____/_____
(подпись) (Ф.И.О. заказчика) (подпись) (Ф.И.О. потребителя/представителя)

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязан:
2.1.1. Создать необходимые условия для выполнения всех видов услуг по Договору (в случае технической невозможности оказания всех видов услуг в день подписания и оплаты Договора выполнение недостающих услуг производится по записи в другой день).
2.1.2. В процессе оказания медицинской помощи информировать Потребителя о необходимых основных или дополнительных лечебно-профилактических и прочих процедурах, необходимых медикаментозных препаратах и расходных материалах для предоставления качественных медицинских услуг.
2.1.3. Предоставлять по требованию Потребителя выписку из единого государственного реестра юридических лиц или единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей.
2.1.4. Оказывать медицинские услуги в соответствии с требованиями действующего законодательства РФ.
2.1.5. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг, потребуется 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 ФЗ №323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2.2. Исполнитель имеет право:
2.2.1. Привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по своему выбору.
2.2.2. Отказать в предоставлении медицинских услуг в случаях, предусмотренных законодательством РФ, в том числе в случае, когда предоставляемая медицинская услуга не является предметом лицензируемой деятельности Исполнителя, при наличии противопоказаний со стороны здоровья, при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью и иных объективных обстоятельствах, при которых услуга не сможет отвечать требованиям качества и безопасности, предусмотренным законом и подзаконными актами РФ, а также при отсутствии возможности предоставления.
2.2.3. В целях исполнения договора обрабатывать и передавать общие и специальные категории персональных данных пациента.
2.2.4 В целях внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, проводить фотографирование Потребителя (Заказчика).
2.2.5. В целях противодействия терроризму установить на территории Исполнителя видеонаблюдение, в том числе в холле и в кабинетах медицинской организации.
2.2.6 Не допускать в кабинет лечащего врача посторонних лиц (включая мужа, жену и иных родственников Потребителя) во время оказания медицинских услуг Потребителю, за исключением случаев, предусмотренных ч.5 ст.19 ФЗ №323-ФЗ от 21.11.2011.
2.3. Заказчик (Потребитель) обязан:
2.3.1. До начала оказания медицинских услуг сообщить медицинскому персоналу все необходимые сведения о себе для успешного проведения лечебно-диагностического процесса, в том числе о перенесённых заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и другие сведения, необходимые для качественного оказания медицинской помощи.
2.3.2. Уважительно относиться к медицинскому персоналу и другим пациентам, выполнять все рекомендованные назначения, а в случае неявки на прием в установленное время, заблаговременно извещать об этом Исполнителя.
2.3.3. Своевременно производить оплату медицинских услуг согласно действующему Прейскуранту.
2.3.4. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов:
- повторный прием предусмотрен только по назначению врача, если Заказчик (Потребитель) не приходит на прием вовремя специалисту необходимо заново вникать в течение заболевания и назначать терапию, в таком случае прием считается первичным обращением.
- на приём пациент приходит без опоздания и в сопровождении максимум одного сопровождающего, в случае неявки на прием или опоздания более чем на 10 минут без предупреждения, прием отменяется без права восстановления.
- прием несовершеннолетний до 18 лет посещает только в сопровождении законного представителя, в случае сопровождения третьим лицом обязательно наличие доверенности от законного представителя.
2.3.5. Заказчик (Потребитель) уведомлен о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика (Потребителя).
2.4. Заказчик (Потребитель) имеет право:
2.4.1. Потребитель имеет право отказаться от получения медицинских услуг и вмешательств по своему усмотрению с предварительной отметкой (подписью) в медицинской документации.

2.4.2. Получать необходимую информацию о состоянии своего здоровья после получения платных медицинских услуг.

3. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг

3.1. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг устанавливаются в соответствии с п.1.2 Договора, но не превышают 30 календарных дней. Исполнитель предоставляет платные медицинские услуги в день обращения при наличии свободных специалистов и технической возможности или в назначенный день. В случае предварительной записи пациент принимается в заранее согласованное время (время записи к врачу). Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг зависят от графика работы конкретного медицинского работника, характера и эксклюзивности медицинской услуги, времени для подготовки пациента к медицинской услуге, а также от организационной возможности проведения медицинского вмешательства.
3.2. Информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги, о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи доводится до сведения Потребителя в Информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство, а также стенде Исполнителя.
3.3. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг указаны на интернет-портале minzdrav.gov.ru, ссылки на который размещены на стенде Исполнителя.
3.4. Возможность осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, указываются в Дополнительном соглашении к Договору.

4. Стоимость услуг и порядок расчётов

4.1. Стоимость медицинских услуг и перечень предоставляемых услуг определяются в соответствии с действующим Прейскурантом, утвержденным Исполнителем на момент оказания медицинской услуги и указывается в Дополнительном соглашении к Договору.
4.2. Стороны договорились, что оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком и (или) в размере 100% (ста процентов) предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу или путем перечисления на расчетный счет Исполнителя.
4.3. При неоплате Потребителем (Заказчиком) стоимости оказанных медицинских услуг без предварительного письменного согласования в дополнительном соглашении к договору рассрочки оплаты с Исполнителем, за каждый день просрочки со дня фактического оказания Исполнителем медицинских услуг, Потребитель (Заказчик) оплачивает пени в размере 1% стоимости неоплаченных медицинских услуг. Уплата пени не освобождает Потребителя (Заказчика) от оплаты оказанных услуг и в счет оплаты не засчитывается.

5. Порядок и условия выдачи Потребителю (законному представителю) медицинской документации

5.1. После исполнения договора, Исполнителем по письменному запросу Потребителя (Законного представителя) выдаются 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, без взимания дополнительной платы. Срок ответа на запрос до 30 календарных дней.

6. Расторжение или изменение условий Договора

6.1. Настоящий договор может быть изменён или расторгнут Сторонами в период его действия на основании письменного соглашения Сторон.
6.2. Потребитель вправе в любое время отказаться от получения услуг по настоящему Договору, при условии оплаты Заказчиком и (или) Потребителем предоставленных медицинских услуг и компенсации затрат, произведенных Исполнителем.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Спор, возникший между пациентом (Потребителем) и медицинской организацией (Исполнителем) по поводу оказания медицинских услуг по настоящему Договору, может быть разрешен путем переговоров, процедуры медиации в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Данное положение не лишает Стороны настоящего Договора права на непосредственное обращение в суд, как минуя процедуры альтернативного разрешения споров, так и вследствие недостижения в ходе их проведения обоюдного согласия.
7.2. При возникновении претензий по качеству оказанной медицинской услуги Потребитель (Заказчик) имеет право подать ее в письменной форме на почтовый адрес или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе договора Реквизиты сторон. В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Потребителя (Заказчика) (ФИО, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Потребителем (Заказчиком) (телефон, адрес электронной почты).

8. Ответственность сторон

8.1. Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, действующим на момент заключения Договора.
8.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

9. Заключительные положения

9.1. Настоящий договор признается заключенным с момента его подписания сторонами и прекращается по истечении 12 месяцев с даты его заключения, но не ранее полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия договора ни одна из сторон не заявит о его прекращении, договор считается продленным на тот же срок и на тех же условиях.
9.2. Положения, не указанные в настоящем Договоре, регулируются действующим на момент заключения Договора законодательством РФ.
9.3. В соответствии с ч.2. ст. 160 ГК РФ, Стороны договорились, что при подписании настоящего договора и документов, являющихся его неотъемлемой частью (дополнительных соглашений и т.д.) возможно использование факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования либо иного аналога собственноручной подписи.

10. Подписи и реквизиты сторон

ООО «Клиника доктора Карвацкой»
Генеральный директор
Карвацкая Кристина Федоровна
Юридический адрес:
142301, Московская область, г. Чехов, ул. Вишневая д.5 пом.3
Фактический адрес:
142301, Московская область, г. Чехов, ул. Вишневая д.5 пом.3
142301, Московская область, г. Чехов, ул. Вишневая д.2 пом.1
ИНН/КПП: 5048058030/504801001
ОГРН: 1215000027615 ОКПО: 47645193
Банковские реквизиты:
р/с: 40702810240000104556
к/с: 30101810400000000225
БИК: 044525225 в ПАО «Сбербанк»

Телефон: 8-496-725-24-45
Генеральный директор _____ М.П.

Заказчик:
Ф.И.О._____
Адрес:_____
Дата рождения:_____
Место рождения:_____
Паспорт: серия: _____, номер: _____
Кем и когда выдан:_____
_____
Контактный телефон:_____
_____/_____
(подпись, Ф.И.О.)

Потребитель (законный представитель) :
Ф.И.О._____
Адрес:_____
Дата рождения:_____
Место рождения:_____
Паспорт: серия: _____, номер: _____
Кем и когда выдан:_____
_____
Сведения о документе, подтверждающем полномочия законного представителя: _____
_____
_____
Контактный телефон:_____
_____/_____
(подпись, Ф.И.О.)

УВЕДОМЛЕНИЕ

Я,_____, дата рождения _____ г., подтверждаю, что на основании “Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг” (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 N 736) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг я:

1) уведомлен(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (лечащего врача, медработника, предоставляющего платную медуслугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медуслуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья, а также о необходимости соблюдения правил поведения пациента в медицинской организации;

2) уведомлен(а) о том, что Исполнитель не является участником Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи обязательного медицинского страхования (ОМС), а так же 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 и перечне медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

_____/_____
(подпись, Ф.И.О. потребителя (законного представителя)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся (аяся)_____
(Ф.И.О. полностью)
паспорт серия_____ номер _____ выдан _____дата выдачи_____
Адрес регистрации:_____
Адрес фактического места жительства: _____
☐ являющийся(щаяся) родителем/законным представителем (далее – **Представитель пациента**) несовершеннолетнего (далее – **Пациент**):
_____
(ФИО несовершеннолетнего)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N152-ФЗ, статьи 13, 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"подтверждаю свое согласие на обработку *ООО «Клиника доктора Карвацкой»* (далее - Оператор), расположенному по адресу: 142301, Московская обл., г. Чехов, ул. Вишневая д.5 пом.3, 14301, Московская обл., ул. Вишневая д.2 пом.1 (ИНН: 5048058030, ОГРН: 1215000027615) моих персональных данных (персональных данных представляемого мной лица) включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты документа удостоверяющего личность, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Оператора, при условии сохранения врачебной тайны.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

В соответствии со ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в процессе оказания мне (представляемому мной лицу) медицинских услуг даю свое согласие на поручение Оператором обработки моих (представляемого мной лица) персональных данных, передачу моих (представляемого мной лица) персональных данных, указанных в настоящем согласии, в том числе составляющих врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах обследования, лечения и учета следующим лицам: _____.

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

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

Настоящее согласие дано мной «_____»_____202__г. и действует до его отзыва. Условием прекращения обработки моих персональных данных является получение Оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Подпись субъекта персональных данных _____ _____
подпись *расшифровка подписи*

В соответствии с требованиями ст. 91.1 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" пациент (представитель пациента) уведомлен, что в целях обеспечения доступа граждан к медицинской документации посредством портала Госуслуг необходимо предоставление СНИЛС. Предоставляя номер СНИЛС, пациент дает согласие на его обработку с целью организации технической возможности передачи медицинской документации в личный кабинет пациента на портале Госуслуги посредством МИС «MEDESK».

Подпись субъекта персональных данных _____ _____
подпись *расшифровка подписи*

Отказываясь от предоставления номера СНИСЛ, пациенту (представителю пациента) разъяснено, что в отсутствие номера СНИЛС у медицинской организации отсутствует техническая возможность организовать передачу медицинской документации посредством МИС «MEDESK» в ЕГИСЗ, что влечет невозможность обеспечить доступ пациента к медицинской документации посредством портала Госуслуги.

Подпись субъекта персональных данных _____ _____
подпись *расшифровка подписи*