# ДОГОВОР № 2/ на оказание платных медицин ских услуг

Набережные Челны «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_г.

Общество с ограниченной ответственностью "Диагностический центр на Вахитова", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Молокина

Игоря Алексеевича, действующего на основании Устава, лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО-16-01-006892 от 22 мая 2018 г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по РТ (Министерство здравоохранения РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6 т. +7(843) 231-79-98) (при оказании первичной доврачебной,врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы, услуги: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: по вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре; медицинскому массажу;сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии, функциональной диагностике, при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок),организации здравоохранения и общественному здоровью; педиатрии; терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); аллергологии и иммунологии; гастроэнтерологии;гематологии;дерматовенерологии; детской онкологии, детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской эндокринологии; кардиологии; неврологии; инфекционным болезням,колопроктологии, мануальной терапии, медицинской реабилитации,онкологии,нефрологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; остеопатии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); офтальмологии;психиатрии, психотерапии, пульмонологии; ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике;урологии; функциональной диагностике;физиотерапии, фтизиатрии, хирургии,эндокринологии;при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии,детской урологии-андрологии, детской хирургии, неврологии, сердечно-сосудистой хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги):при проведении медицинских осмотров по:медициским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи; экспертизе временной нетрудоспособности), Свидетельства о государственной регистрации юридического лица от 23.04.2014 г. № 16006963278, выданного Инспекцией Федеральной налоговой службы по г. Набережные Челны Республики Татарстан, с одной стороны, и **ФИО** именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, далее по тексту договора, именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

# 1. Предмет договора

1. 1.Исполнитель берет на себя обязательство оказать Потребителю (Заказчику) медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Перечень и стоимость услуг определяется действующим «Прейскурантом цен».

1.3..Потребитель (Заказчик) при подписании настоящего договора ознакомлен с перечнем предоставляемых услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан,информирован и согласен на медицинское вмешательство.

1.4.Результатом оказания медицинских услуг является результаты анализов, медицинская справка или заключение, выдаваемое Исполнителем Потребителю (Заказчику).

# 2.Права и обязанности сторон

1. 1.Потребитель (Заказчик) обязуется:

2.1.1.оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2.до назначения курса лечения сообщить лечащему врачу все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также другую информацию, влияющую на протекание или лечение указанного в п. 1.1. заболевания; 2.1.3.выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

2.1.4.соблюдать график приема врачей-специалистов, соблюдать "Правила предоставления медицинский услуг" Учреждения

2.1.5.соблюдать внутренний распорядок Учреждения, 2.1.6. подписать «Информированное Согласие на получение медицинской услуги на платной основе»

1. 2.Потребитель (Заказчик) имеет право:

2.2.1. на информацию о своих правах и обязанностях, о состоянии своего здоровья;

* 1. 2.на необходимую, достоверную, бесплатную информацию об оказываемых медицинских услугах,расчет стоимости оказываемых услуг;

2.2.3. на качественную медицинскую услугу;

1. 24..отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме);

2.2.5.на сохранение конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (врачебной тайны);

2.2.6.Заключением настоящего договора Заказчик (Законный представитель) выражает свое согласие на информирование его о рекламных акциях и услугах Исполнителя посредством направлением Исполнителем сообщений на номер мобильного телефона и\или адрес электронной почты Заказчика (Законного представителя)?

1. 3.Исполнитель обязуется:
   1. 1.оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями и в срок, указанный в данном Договоре.

2.3.2.сроки осуществления лабораторных медицинских услуг предусмотрены действующим на момент заключения Договора и заказа услуг «Перечнем и ценами на медицинские услуги и лабораторные исследования». В случаях, когда в соответствии с действующим законодательством РФ в отношении результата лабораторного исследования требуется постановка контрольного теста (тестов) и/или проведение повторного лабораторного исследования (в частности, при лабораторной диагностике ВИЧ-инфекции), Исполнитель вправе увеличивать срок оказания медицинских услуг, о чем он предварительно информирует Потребителя(Заказчика).

2.3.3. результаты лабораторных исследований выдаются лично заказчику, при наличии чека. Лабораторные исследования пациент может получить по электронной почте, (за исключением результатов лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции). При оформлении результатов диагностики, медицинских осмотров и лабораторных исследований биологического материала Потребителя (Заказчика) Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи врача с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

2.3.5.в случае невыполнения взятых обязательств возместить Потребителю (Заказчику) стоимость лечения.

2.3.6.соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Потребителя (Заказчика) (врачебную тайну).

1. 4.Исполнитель имеет право:

2.4.1.в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств по настоящему Договору при неисполнении Потребителем (Заказчиком) своих обязательств.

* 1. 2.в случае возникновения неотложных состояний Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором.
  2. Заключением настоящего договора Заказчик (Законный представитель) выражает свое согласие на информирование его о рекламных акциях и другой информации об Исполнителе и его услугах посредством направления Заказчику сообщений на его мобильный номер телефона или адрес электронной почты.

# 3. Цена, сроки и порядок оплаты услуг.

3.1.Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом цен.

3.2.Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100 % предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу Исполнителя. 3.3.Договор является бессрочным.

# 4. Ответственность сторон

4.1.В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязанностей по договору Исполнитель несет ответственность в размере реального ущерба, причиненного Потребителю (Заказчику) таким неисполнением.

4.2.Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора.

4.3.Исполнитель освобождается от ответственности за возникшие осложнения или побочный эффект при оказании мед. услуги, если им приняты все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае нарушения Потребителем (Заказчиком) требований, обеспечивающих качественное оказание услуг.

1. 4.Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствии непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством.

4.5. Если «Заказчик» по факту оказанных медицинских услуг не предъявляет претензий к «Исполнителю», услуга считается оказанной.

# 5. Прочие условия

5.1.Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда по месту регистрации ответчика в соответствии с законодательством РФ.

5.2.Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и завершается получением Потребителем (Заказчиком) Услуги (подтверждением получения пациентом Услуги является заключение по результатам консультации, медицинская справка, результаты анализов).

1. 3.Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

5.4. Стороны договорились, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного на заключение Договора лица с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

5.5.Возврат денежных сумм Потребителю (Заказчику) за отказ по каким-либо причинам продолжить или вообще проводить платную услугу проводится только при наличии у Потребителя (Заказчика) кассового чека.

5.6.Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, первый у Потребителя (Заказчика), второй у Исполнителя.

# 6. Адреса и реквизиты сторон 6. Адреса и реквизиты сторон

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель:**  **ООО "Диагностический центр на Вахитова"**  Общество с ограниченной ответственностью "Диагностический центр на Вахитова"  РТ, г. Набережные Челны, ул. Шамиля Усманова, д.65 | **ПОТРЕБИТЕЛЬ(ЗАКАЗЧИК):**  ФИО  Адрес:    Телефон: |

Тел/факс: 8(8552)913132

ИНН/КПП: 1650285411/ 165001001 ,

/

ОГРН:1141650008906 р/с:40702810262000030938 к/с:30101810600000000603 Отделение «Банк Татарстан» №8610 ПАО Сбербанк

БИК:049205603

Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Молокин Игорь Алексеевич

# СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, Субъект персональных данных, а в случае, если Заказчиком является несовершеннолетний или недееспособный гражданин, то Законный представитель (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора) в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Исполнителем (полные реквизиты и контактные данные представлены в графе «Адреса и реквизиты сторон» Договора), а также ООО «Научно-производственная фирма «Хеликс», находящиеся по адресу г.Санкт-Петербург, Б.Сампсониевский пр., д.20, Литер А и ООО «КАММЕДЛАБ», находящийся по адресу РТ, г.Набережные Челны, Трубный проезд, д.55, офис 2, моих (представляемого) персональных данных, включающих: ФИО, пол, дата рождения, гражданство, данные документа удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания мед. помощи, сроки оказания мед. помощи, результат обращения за мед. помощью, сведения об оказаниях мед. услуг, примененные стандарты мед. помощи, сведения о мед. работнике, контактный телефон, адрес электронной почты.

В целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг. В процессе оказания мне (представляемому) медицинских услуг я предоставляю право медицинскому персоналу передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также иные вышеуказанные персональные данные иным работникам и/или контрагентам Оператора в целях оказания мне (представляемому) медицинских услуг и исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг..Исполнитель вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных. Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств по оказанию медицинских услуг на обмен (прием и передачу) моими (представляемого) персональными данными с медицинскими и иными организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством РФ, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа. Срок хранения моих (представляемого) персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, установленному законодательством РФ. Настоящее согласие действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителю. 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 предоставлении отзыва медицинской услуги, за исключением случаев передачи первичных медицинских документов на хранение в порядке, установленном законодательством РФ.

Законный представитель гражданина (гражданин) / ✓ / Иванов И.И.

Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи Приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития

Российской Федерации от 23 апреля 2012 года N 390н

1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза. 2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.3. Антропометрические исследования.4. Термометрия.5. Тонометрия. 6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций. 7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций. 8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).9.Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические(возможен забор (взятие) биоматериала для проведения лабораторного исследования вне процедурного кабинета Исполнителя по месту нахождения Заказчика. При этом забор (взятие) биоматериала по месту нахождения Заказчика осуществляется медицинским персоналом Исполнителя в составе выездной бригады.) . 10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных). 11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования. 12. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно. 13. Медицинский массаж. 14. Лечебная физкультура. 15. Вакцинация. 16. Физиотерапия.

# Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств.

Я, **Иванов Иван Иванович** зарегистрированный по адресу: 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Диагностический центр на Вахитова» 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 года 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 года 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)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданин ✓ / ИвановИ.И.

Медицинский работник /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.