



Договор № _____ об оказании платных медицинских услуг

г. Оренбург

[Дат

ИП Лизунов, осуществляющий свою деятельность на основании лицензии ЛО-56-01-002872, выданной Министерством здравоохранения г. Оренбург, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и [ФИО] менуемый (-ая) в дальнейшем «Пациент», действующий (-ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, совместно далее именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», заключили Договор об оказании платных медицинских услуг (далее – Договор) о нижеследующем:

1. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Настоящий Договор разработан в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.2. Для целей настоящего Договора используются понятия, указанные в Правилах оказания платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006, а также в ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель на основании обращения Пациента оказывает Пациенту медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом цен, утвержденным Исполнителем, а Пациент обязуется оплатить оказанные ему услуги на условиях настоящего Договора.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в рамках оказания первичной, в том числе врачебной и специализированной медико-санитарной помощи по Договору в помещении Исполнителя, расположенном по адресу: г. Оренбург, ул. Карагандинская, дом 37Б, с 10.00 до 20.00 пн-пт. и с 10:00 до 18:00 сб-вс.

3.2. Предоставление услуг по Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием. Предварительная запись пациента осуществляется через администратора Исполнителя посредством телефонной связи по номеру: 96-19-01.

3.3. Дата и время предоставления каждой медицинской услуги Исполнителем определяются с учетом действующего на момент обращения Пациента расписания приема.

3.4. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, перечень которых определяется Пациентом самостоятельно в соответствии с действующим у Исполнителя Прейскурантом.

3.5. Перечень услуг, которые Исполнитель обязан оказать Пациенту по Договору, а также сроки их оказания содержатся в Заявке на оказание платных медицинских услуг, оформляемой при каждом обращении Пациента к Исполнителю за получением платных медицинских услуг и являющейся приложением к Договору.

3.6. Заключение настоящего Договора Пациентом является подтверждением факта уведомления Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, а также оказать отрицательное влияние на состояние здоровья Пациента.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется на основании действующего на момент обращения Пациента Прейскуранта и отражается в Заявке на получение медицинских услуг.

4.2. Сумма денежных средств вносится Пациентом или его доверенным лицом на расчетный счет Исполнителя либо в кассу Исполнителя в порядке предварительной оплаты в размере 100% стоимости медицинских услуг, установленной в Прейскуранте.

4.3. В случае отказа от получения услуги до начала ее оказания Исполнитель возвращает сумму денежных средств в размере 100% от внесенной на расчетный счет Исполнителя в форме проведенной им оплаты.

4.4. В случае отказа от получения услуги до момента завершения ее оказания Исполнитель возвращает сумму денежных средств за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

4.5. Стороны подписывают Акт оказанных услуг в тот же календарный день, в который медицинские услуги были оказаны Пациенту. Услуга считается оказанной при подписании Акта оказанных услуг Исполнителем и Пациентом.

4.6. Услуга считается оказанной при подписании Акта оказанных услуг Исполнителем. В случае отказа Пациента от подписания Акта оказанных услуг Исполнитель подписывает Акт оказанных услуг в одностороннем порядке и направляет копию Акта Пациенту.

С текстом договора на данной странице ознакомлен(на), в полном объеме _____
(подпись)

4.7. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, указанные услуги оказываются только с согласия Пациента, на условиях, определенных Заявкой на оказание платных медицинских услуг, являющейся приложением к Договору.

5. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

5.1. Исполнитель обязуется:

5.1.1. Оказывать Пациенту медицинские услуги, соответствующие требованиям, предъявляемым к качеству и безопасности медицинской деятельности, в полном соответствии с действующими лицензиями на осуществление медицинской деятельности, условиями настоящего Договора, правилами предоставления медицинских услуг, порядком оказания медицинской помощи, с использованием лекарственных средств, медицинских изделий, разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

5.1.2. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; данных о медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской услуги.

5.1.3. Предоставить Пациенту возможность ознакомления с медицинской документацией отражающей состояние здоровья Пациента и выдать по письменному требованию Пациента копии медицинских документов.

5.1.4. Хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные в процессе оказания медицинской помощи.

5.2. Исполнитель имеет право:

5.2.1. В случае возникновения состояний Пациента, требующих незамедлительного медицинского вмешательства, самостоятельно определять объем исследований и вмешательств.

5.2.2. В случае опоздания пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут перенести или отменить оказание запланированной медицинской услуги.

5.2.3. В случае неисполнения Пациентом обязанности по оплате медицинских услуг в полном объеме отказать Пациенту в оказании медицинских услуг, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

5.3. Пациент обязуется:

5.3.1. Оплачивать медицинские услуги в полном объеме в порядке и на условиях, определенных Договором.

5.3.2. Предоставлять Исполнителю полную и достоверную информацию о состоянии здоровья, в том числе о заболеваниях и состояниях, аллергических реакциях, наличии противопоказаний к получению медицинской услуги и/или приему лекарственных средств, использованию медицинских изделий, факте приема/использования, в том числе в прошлом, лекарственных средств медицинских изделий, прекращении назначенного лечения, факте обращения в сторонние медицинские организации, а также иную информацию, не указанную в настоящем пункте Договора, но необходимую Исполнителю для оказания медицинских услуг.

5.3.3. Соблюдать общепринятые правила поведения, а также установленные локальными нормативными актами Исполнителя правила и нормы.

5.3.4. Надлежащим образом исполнять условия Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих или затрудняющих исполнение Договора.

5.3.5. Заблаговременно (не менее чем за 1 день до начала оказания запланированной услуги) информировать Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги, оказываемой амбулаторно.

5.3.6. В полном объеме следовать рекомендациям и исполнять предписания лечащего врача на любой стадии оказания медицинских услуг; приходить на прием строго в определенные по соглашению с Исполнителем дни и время.

5.3.7. В связи с исполнением настоящего Договора подписывать Заявку на оказание медицинских услуг, информированное добровольное согласие, акт оказанных медицинских услуг, согласие на обработку персональных данных, иную документацию, оформлением которой сопровождается процесс оказания медицинских услуг которая в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации требует наличия подписи Пациента.

5.3.8. В письменной форме уведомлять Исполнителя об изменении любых реквизитов, указанных в разделе «8» настоящего Договора.

5.3.9. В случае ухудшения самочувствия Пациента, появлении признаков неблагоприятных последствий, осложнений на фоне проводимого лечения, а также при возникновении претензий к качеству, незамедлительно обратиться к Исполнителю: врачу-косметологу лично, посредством телефонной связи по номеру: 96-19-01 в часы работы Исполнителя, указанные в п. 3.1. Договора.

5.4. Пациент имеет право:

5.4.1. На свободу выбора предлагаемых и рекомендуемых Исполнителем медицинских услуг.

5.4.2. На получение информации о состоянии здоровья в доступной для понимания форме, учитывая отсутствие специальных медицинских знаний, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

5.4.3. На конфиденциальность информации о факте обращения Пациента за медицинской помощью, диагнозе и состоянии его здоровья, за исключением случаев, установленных ч. 4 ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации».

5.4.4. На реализацию прав, предоставленных действующим законодательством Российской Федерации.

С текстом договора на данной странице ознакомлен(на), в полном объеме _____
(подпись)

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 6.1. Ответственность за неисполнение взятых на себя обязательств по Договору стороны несут в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.2. Заключая настоящий Договор, Исполнитель берет на себя обязательства по максимальному приложению усилий. Не достижение результата, не находящееся во взаимосвязи с действиями Исполнителя, не может служить основанием привлечения Исполнителя к ответственности за неисполнение Договора.
- 6.3. Заключая настоящий Договор, Пациент осознает и признает, что в силу объективных причин, в том числе индивидуальных особенностей организма Пациента, достижение результата (в том числе достижение частичного результата), не может быть гарантировано Исполнителем.
- 6.4. Заключая настоящий Договор, Пациент выражает свое согласие с тем, что в силу объективных причин, в том числе индивидуальных особенностей организма Пациента, при оказании медицинских услуг не может быть полностью исключена возможность возникновения побочных (неблагоприятных) эффектов и/или осложнений, а также с тем, что в случае возникновения указанных явлений при условии соблюдения Исполнителем требований действующего законодательства Российской Федерации и условий Договора, Исполнитель не несет ответственности за возникновение неблагоприятных последствий и/или осложнений.
- 6.5. Исполнитель не несет ответственности за результат оказания медицинских услуг по Договору в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций, требований и предписаний лечащего врача и медицинского персонала Исполнителя, иных действий Пациента, направленных на несогласованное с Исполнителем изменение процесса оказания медицинских услуг, в том числе самолечения, использования рекомендаций сторонних специалистов или иных третьих лиц.
- 6.6. Исполнитель несет ответственность за оказание медицинских услуг, не отвечающих требованиям, предъявляемым к качеству и безопасности медицинских услуг, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 6.7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до момента полного исполнения Сторонами своих обязательств по Договору.
- 7.2. Настоящий Договор может быть расторгнут или изменен по соглашению Сторон либо в одностороннем порядке Пациентом путем направления письменного уведомления Исполнителю.
- 7.3. Уведомления и иные официальные обращения Сторон друг к другу, связанные с исполнением настоящего договора, осуществляются путем направления корреспонденции на почтовый или электронный адрес, указанный Сторонами в 8 разделе настоящего Договора. Исполнитель также вправе использовать для целей, указанных в настоящем пункте Договора, смс-оповещение на телефоны Пациента и/или доверенного лица. Направленная по электронной почте информация считается полученной другой Стороной в день ее направления.
- 7.4. Подписывая настоящий Договор Пациент подтверждает, что при заключении Договора ему в доступной форме была предоставлена 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, в реализации которых Исполнитель не участвует.
- 7.5. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- 7.6. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.
- 7.7. Стороны договариваются, что при подписании Договора, а также оформлении связанной с исполнением Договора иной документации, Исполнитель в праве использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу, равную собственноручно исполненной подписи.
- 7.8. Список приложений к Договору: Приложение № 1 – Согласие на обработку персональных данных.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

8.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ

ИНН 5615053725260
Р/с 40802810629250003851,
ФИЛИАЛ «НИЖЕГОРОДСКИЙ» АО «АЛЬФА-БАНК»
БИК 042202824
Т.:96-19-01

ИП Лизунов

8.2. ПАЦИЕНТ

[ФИО]
Адрес: [АдресПрописка]
Телефон: [Телефон]
Экземпляр Договора на руки получил, с оттиском
факсимильной
подписи ознакомлен и согласен с её использованием.
[ФИО]

Подпись _____

С текстом договора на данной странице ознакомлен(на), в полном объеме _____
(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], [ДР] рождения, зарегистрированный по адресу: [АдресПрописка] , телефон [Телефон] 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – 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 ИП Лизунов, медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника) ИП Лизунов

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 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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):

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

[ФИО]

(подпись)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

[Дата]

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

[ФИО]

[АдресПрописка]

Я в соответствии Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе настоящим подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных (персональных данных Пациента) ИП Лизунов, зарегистрированное Инспекцией Федеральной налоговой службы в г. Оренбург, ОГРНИП - 320565800037655, именуемое в дальнейшем «Оператор», в лице врача-косметолога Лизунова Петра Геннадьевича.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка персональных данных (в том числе в информационных системах Оператора), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг ИП Лизунов.

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: **биометрические данные.**

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие Пациента, общее описание используемых Оператором способов обработки:

- 1) получение, ввод, сбор, систематизация, накопление персональных данных Оператором, а также у третьих лиц;
- 2) хранение, удаление персональных данных (в электронном виде и на бумажном носителе);
- 3) уточнение (обновление, изменение) персональных данных;
- 4) использование персональных данных Пациента при оказании услуг;
- 5) передача персональных данных (Пациента) в порядке, предусмотренном законодательством РФ, по внутренней сети Оператора в иные организации и/или лицу, осуществляющие обработку персональных данных по поручению Оператора, если обработка будет поручена такому лицу;
- 6) блокирование и/или уничтожение;

Оператор также вправе обрабатывать персональные данные Пациента посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных форм.

Срок действия данного Согласия 3 (три) года с даты его подписания Пациентом, либо Представителем Пациента.

Я ознакомлен с тем, что Оператор при обработке персональных данных обязан принимать необходимые организационные и технические меры для защиты персональных данных от неправомерного или случайного доступа к ним, уничтожения, изменения, блокирования, копирования, распространения персональных данных, а также от иных неправомерных действий.

Подпись

(подпись)

[ФИО]

[Дата]