

До заключения договора Исполнитель уведомил Заказчика:

- об альтернативной возможности получения медицинских услуг без взимания платы в иных медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи <ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>

Договор <НОМЕР>
о предоставлении платных медицинских услуг

г. Тольятти

<ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Общество с ограниченной ответственностью «Медицина Тольятти» (зарегистрирован товарный знак №562004 «Многопрофильная клиника «ВАЛЬХЕНМЕД»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице главного врача Медведева Виктора Александровича, действующего на основании Устава (Лицензия № ЛО41-01184-63/00296166 от 05.12.2014г. на осуществление медицинской деятельности выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения), по адресу: г. Самара, ул.Ленинская,73, тел. (846)332-93-09., с одной стороны, и <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> (<ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>, выдан <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>, <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>) именуемый в дальнейшем «Потребитель (Заказчик)», с другой стороны, заключили настоящий договор (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. В соответствии с настоящим договором Исполнитель обязуется предоставить Заказчику медицинские услуги в соответствии с лицензией включающие в себя: первичную доврачебную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по медицинскому массажу, сестринскому делу, первичную врачебную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по терапии, первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), дерматовенерологии, кардиологии, косметологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), ультразвуковой диагностике, урологии, эндокринологии. а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

2. Стоимость медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Пациенту по настоящему Договору, определяется исходя из Прейскуранта, действующего на дату оказания медицинских услуг

2.2. Общая стоимость услуг, оказываемых в рамках настоящего Договора, является предварительной, определенной на основании Прейскуранта цен на услуги Исполнителя

2.3. Стоимость услуг может измениться в случае, если в начале, в ходе или по результатам оказания услуги выявляется объективная необходимость оказания дополнительных услуг, или в случае изменения плана лечения, или продолжения лечения по иному плану, в таком случае изменение плана лечения согласовывается с Заказчиком

2.4. Оплата услуг Заказчиком производится после оказания услуг на основании подписанного Акта услуг

2.5. Оплата услуг производится путем внесения наличных средств в кассу либо банковской картой с выдачей чека об оплате.

2.6 Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг: с момента подписания настоящего договора и до надлежащего исполнения сторонами своих обязательств по настоящему договору.

3. Права и обязанности сторон.

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставлять услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.2. Предоставлять Заказчику информацию об оказываемой услуге в понятной и доступной форме (достигается путем подписания Заказчиком Информированного добровольного согласия, а также размещением информации об Исполнителе, об оказываемых услугах, порядок предоставления медицинской документации и т. д. в порядке, установленном законом).

3.1.3. Предоставить сведения о медицинских работниках, участвующих в предоставлении медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, и их графике работы

3.1.4. Выдать Заказчику после исполнения Договора медицинские документы, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения

3.1.5. В целях защиты прав потребителя Исполнитель обязуется выдать документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные медицинские услуги и приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения.

3.1.6. По требованию Заказчика предоставить выписку из единого государственного реестра юридических лиц, копию лицензии на осуществление медицинской деятельности

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Оплачивать медицинские услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях настоящего Договора

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

3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать режим лечения и правила поведения в клинике

3.3. Исполнитель имеет право:

3.3.1. На основании порядков и стандартов оказания медицинской помощи по согласованию с Заказчиком определять характер и объем исследований и манипуляций для установления диагноза и назначения надлежащего лечения Заказчика.

3.3.2. По согласованию с Заказчиком направить его к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. На получение информации о медицинской услуге, добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства в письменной форме.

3.4.2. На конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

3.5. Исполнитель и Заказчик обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством

4. Ответственность сторон и порядок рассмотрения споров.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации

4.3. Заказчик вправе предъявлять требования в соответствии с законодательством Российской Федерации. Пациент (законный представитель пациента) (далее – Заявитель) имеет право обратиться с жалобой на действия (бездействие) работников к должностным лицам медицинской организации, вышестоящих контролирурующих организаций или в суд. В медицинской организации Заявитель имеет право обратиться с жалобой в устной или в письменной форме. Устное обращение может быть реализовано на личном приеме граждан администрацией, либо по телефону; письменное – путем отправки обращения почтовым или электронным отправлением.

4.4. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, стороны примут все меры к разрешению их путем переговоров. В случае недостижения соглашения Стороны передают спор на рассмотрение в суд в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

4.5. Исполнитель информирует Потребителя о том, что обращения (жалобы) на действия/бездействие медицинских работников могут быть направлены в Министерство здравоохранения РФ, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), а также в Территориальный фонд ОМС. Контактные данные указанных органов размещены на информационном стенде Исполнителя и на его сайте.

5. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до полного исполнения сторонами принятых на себя обязательств.

5.2. Заказчик имеет право расторгнуть Договор в случае обнаружения существенных недостатков оказанной услуги и потребовать возмещения убытков.

5.3. Исполнитель вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в случае существенного или неоднократного нарушения Заказчиком правил внутреннего распорядка и поведения в медицинской организации, в том числе при совершении действий, нарушающих общественный порядок, оскорблении работников Исполнителя или иных лиц, угрозах, применении физического насилия или угрозе его применения, умышленном повреждении имущества, а также совершении иных действий, создающих угрозу жизни, здоровью или безопасности работников Исполнителя, других пациентов или иных лиц, если такой отказ не противоречит законодательству Российской Федерации.

5.4. Односторонний отказ от исполнения настоящего Договора или одностороннее его изменение допускаются в случаях, предусмотренных законом либо настоящим Договором.

6. Реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель: ООО «Медицина Тольятти»

445030, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, 48 пом. 1003 телефон: (8482) 73-30-30 адрес сайта www.walchenmed.ru

Свидетельство о государственной регистрации серия 63 № 005487866 выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 19 по Самарской области ИНН/КПП 6324017799/632001001 ОГРН 1116324002387

р/с 40702810554400060052 к/с 30101810200000000607 БИК 043601607 в Поволжский банк ПАО Сбербанк г. Самара

Уполномоченное лицо <ФИО МЕДРАБОТНИКА>

На основании доверенности № _____ от _____

(Ф.И.О., дата рождения) <ПАЦИЕНТ ЗП ФИО ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ ЗП ДАТА РОЖДЕНИЯ>

Адрес: <ПАЦИЕНТ ЗП АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ> тел. <ПАЦИЕНТ ЗП ТЕЛЕФОН ЗП>

Паспорт: <ПАСПОРТ ПЗП СЕРИЯ> № _____

<ПАСПОРТ ПЗП НОМЕР> выдан

<ПАСПОРТ ПЗП ВЫДАН> <ПАСПОРТ ПЗП ДАТА ВЫДАЧИ>

Подпись Пациента _____

СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>,

дата рождения: <ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ>,

зарегистрированный(ая) по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>,

документ, удостоверяющий личность:

паспорт <ПАСПОРТ_ПЗП_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ_ПЗП_НОМЕР>,

выдан <ПАСПОРТ_ПЗП_ВЫДАН>,

дата выдачи <ПАСПОРТ_ПЗП_ДАТА_ВЫДАЧИ>,

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие

Обществу с ограниченной ответственностью «Медицина Тольятти»

ИНН 6324017799, ОГРН 1116324002387,

адрес: 445030, Самарская область, г. Тольятти, ул. 40 лет Победы, д. 48, пом. 1003,

далее — **Оператор**,

на обработку моих персональных данных на следующих условиях.

1. Цели обработки персональных данных

Обработка моих персональных данных осуществляется в целях:

1. организации и оказания мне медицинской помощи и медицинских услуг;
2. организации записи на прием к медицинским работникам, ведения расписания приемов, уведомления об изменении даты и времени приема;
3. установления медицинского диагноза, проведения обследований, лечения, профилактических и иных медицинских мероприятий;
4. ведения медицинской документации и учета оказанных медицинских услуг;
5. заключения, исполнения, изменения и прекращения договоров на предоставление платных медицинских услуг;
6. осуществления расчетов за оказанные медицинские услуги;
7. предоставления мне медицинских документов, их копий, выписок, результатов исследований и иной информации, связанной с оказанием медицинской помощи;
8. организации проведения лабораторных, диагностических и иных исследований, в том числе при привлечении иных медицинских и диагностических организаций;
9. взаимодействия со мной по вопросам оказания медицинской помощи и исполнения заключенных договоров, в том числе посредством телефонной связи, SMS-сообщений, электронной почты и иных предоставленных мной средств связи;
10. исполнения обязанностей, возложенных на Оператора законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, медицинской деятельности, бухгалтерского и налогового учета и обработки персональных данных.

Настоящее согласие **не является согласием на получение рекламы, рекламных и маркетинговых рассылок**, а также согласием на распространение персональных данных неограниченному кругу лиц.

2. Перечень персональных данных

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных в объеме, необходимом для достижения указанных целей:

- фамилия, имя, отчество;
- пол;
- дата и место рождения;
- адрес регистрации и адрес фактического проживания;
- номер телефона;
- адрес электронной почты;
- сведения документа, удостоверяющего личность;
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- сведения о законном представителе и документах, подтверждающих его полномочия;
- сведения о заключенных договорах и оказанных медицинских услугах;
- сведения о расчетах за оказанные медицинские услуги;
- сведения, содержащиеся в заявлениях, обращениях и документах, предоставленных мной Оператору.

3. Специальные категории персональных данных

Я даю согласие на обработку сведений, относящихся к специальным категориям персональных данных, в том числе:

- сведений о состоянии здоровья;
- сведений о заболеваниях и перенесенных заболеваниях;
- сведений о фактах обращения за медицинской помощью;
- сведений о диагнозах;
- сведений о результатах медицинских осмотров, обследований и исследований;
- сведений о проведенных медицинских вмешательствах;
- сведений о назначенном и проведенном лечении;
- сведений о принимаемых и назначенных лекарственных препаратах;
- сведений об аллергических реакциях и противопоказаниях;
- иных сведений, составляющих медицинскую документацию и врачебную тайну, в объеме, необходимом для оказания мне медицинской помощи.

4. Действия с персональными данными

Я даю согласие на совершение Оператором следующих действий с моими персональными данными:

сбор, запись, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, предоставление, передача в случаях и в объеме, необходимых для достижения целей обработки, обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение персональных данных.

Обработка персональных данных может осуществляться как **с использованием средств автоматизации**, так и **без использования средств автоматизации**.

Персональные данные могут обрабатываться в информационных системах Оператора, медицинских информационных системах, информационных системах бухгалтерского и управленческого учета, а также на бумажных носителях.

5. Предоставление и передача персональных данных

В целях оказания мне медицинской помощи допускается предоставление и передача моих персональных данных в необходимом объеме:

- медицинским работникам Оператора, непосредственно участвующим в оказании мне медицинской помощи;
- лабораторным, диагностическим и иным медицинским организациям, привлекаемым для проведения назначенных мне исследований и оказания медицинских услуг;
- иным лицам и организациям в случаях, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Передача сведений, составляющих врачебную тайну, осуществляется с соблюдением требований законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан.

Распространение персональных данных неограниченному кругу лиц на основании настоящего согласия **не допускается**.

6. Обработка персональных данных третьими лицами по поручению Оператора

В случае если Оператор поручает обработку персональных данных иному лицу и законодательством Российской Федерации предусмотрена необходимость указания такого лица в письменном согласии субъекта персональных данных, соответствующие сведения указываются Оператором:

Наименование лица: _____

Адрес: _____

Цель и объем поручаемой обработки: _____

7. Срок действия согласия

Настоящее согласие действует с даты его подписания **до достижения целей обработки персональных данных либо до его отзыва субъектом персональных данных**, если иной срок обработки или хранения соответствующих персональных данных не установлен законодательством Российской Федерации.

8. Отзыв согласия

Я вправе отозвать настоящее согласие путем направления Оператору письменного заявления:

- лично по адресу Оператора;
- почтовым отправлением по адресу Оператора;
- иным способом, позволяющим достоверно установить личность заявителя и факт получения заявления Оператором.

Мне разъяснено и понятно, что отзыв настоящего согласия **не влечет прекращения обработки моих персональных данных в случаях, когда их дальнейшая обработка допускается без моего согласия на основании законодательства Российской Федерации**, в том числе в целях оказания медицинской помощи, исполнения заключенного со мной договора, ведения и хранения медицинской документации и исполнения иных обязанностей медицинской организации.

9. Заключительные положения

Настоящее согласие является **самостоятельным документом** и оформляется отдельно от договора на предоставление платных медицинских услуг, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и иных документов, подписываемых мной.

Мне понятны цели, содержание и условия обработки моих персональных данных.

Настоящее согласие дано мной **конкретно, предметно, информированно, сознательно и однозначно**.

Дата: <ДАТА_ДД_ММММ_ГГГГ>

Ф.И.О. субъекта персональных данных:

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

Подпись: _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_РЕГИСТРАЦИИ>

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: <ПАЦИЕНТ_ЗП_АДРЕС_ФАКТИЧЕСКИЙ>

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении <ПАЦИЕНТ_ПРИЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

<ПАЦИЕНТ_ПРИЗП_ДАТА_РОЖДЕНИЯ> г. рождения,

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: <ПАЦИЕНТ_ПРИЗП_АДРЕС_ФАКТИЧЕСКИЙ>

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.
7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
8. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
9. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы
10. Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
11. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.
12. Медицинский массаж.

в ООО «Медицина Тольятти»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником <ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии))

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 закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 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), в том числе после смерти:

<ОТВЕТСТВЕННОЕ_ЛИЦО_ОДИН>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ОТВЕТСТВЕННОЕ_ЛИЦО_ДВА>

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

<ПАЦИЕНТ_ЗП_ФИО_ПОЛНОЕ>, <ПАЦИЕНТ_ЗП_ТЕЛЕФОН_ЗП>

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

<ФИО_МЕДРАБОТНИКА>

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)