

# ДОГОВОР № \_\_\_\_\_ Оказания платных медицинских услуг

г. Димитровград

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Поликлиника «Лекон», действующее на основании Устава и лицензии ЛО-73-01-002273, выданной 28 декабря 2020 года, в лице директора Парфенова Михаила Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Поликлиника», с одной стороны, и **ФИО**, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, гражданство: российское, паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ года, КЕМ, код подразделения \_\_\_\_\_, адрес постоянного места жительства: Ульяновская область, г. Димитровград, \_\_\_\_\_, действующая за своего несовершеннолетнего \_\_\_\_\_ сына/дочь **ФИО**, « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года рождения, свидетельство о рождении: \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ г. КЕМ, адрес постоянного места жительства: Ульяновская область, г. Димитровград, \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент» с другой, на основании Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 года №736) заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 «Поликлиника» берет на себя обязательство оказывать Пациенту медицинские услуги, указанные в приложении (приложениях) к настоящему договору, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить их в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2 «Поликлиника» вправе оказывать медицинские услуги в соответствии с Лицензией на медицинскую деятельность.

1.3. Срок действия Договора с даты заключения договора до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. «Поликлиника» обязуется

2.1.1. Оказать необходимые медицинские услуги посредством привлечения специалистов и препаратов/лекарственных средств в согласованные с Пациентом сроки, с соблюдением требований, предъявляемых к методам диагностики лечения и профилактики на территории РФ в соответствии с действующими нормативными документами РФ.

2.1.2. Предоставлять необходимую информацию Пациенту об условиях предоставления и оказания услуги, ее стоимости, квалификации и сертификации специалистов, выполняющих медицинские услуги.

2.1.3. Соблюдать врачебную тайну, деонтологию и медицинскую этику.

2.1.4. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.

2.1.5. Предупредить Пациента о необходимости предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оформляются дополнительным соглашением или новым договором с указанием перечня дополнительных услуг и их стоимости.

2.1.6. В случае отсутствия у «Поликлиники» требуемых препаратов/лекарственных средств, «Поликлиника» обязуется приобрести зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации необходимые лекарственные препараты прошедшие обязательную сертификацию или декларирование соответствия в порядке, установленном законодательством Российской Федерации за счет денежных средств Пациента в течение 30 рабочих дней с момента внесения денежных средств Пациентом на расчетный счет «Поликлиники» или в кассу «Поликлиники».

«Поликлиника» оповещает Пациента о поступлении препаратов/лекарственных средств и согласовывает время оказания медицинских услуг путем телефонной связи по номеру, указанному Пациентом.

**При этом Пациент осознает и соглашается, что в случае неявки Пациента для оказания медицинских услуг в согласованное время, установления противопоказаний к введению препаратов/лекарственных средств после их заказа «Поликлиникой», «Поликлиника» не возвращает денежные средства, оплаченные на приобретение препаратов/лекарственных средств по данному Договору.**

### 2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Оплатить медицинские услуги, предусмотренные договором.

2.2.2. Пациент, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также результатах проведенного лечения даёт добровольное согласие на медицинское вмешательство (медицинскую манипуляцию), оказываемое медицинским работником Поликлиники, а также подписывает согласие на обработку его персональных данных.

2.2.3. Выполнять рекомендации специалистов «Поликлиники», обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, предоставить достоверную информацию, имеющую отношение к состоянию здоровья Пациента, оплатить оказанные медицинские услуги.

2.2.4. Являться на прием, лечение или процедуры в установленное время.

2.2.5. В случае выявления каких-либо недостатков в процессе оказания медицинских услуг, незамедлительно обратиться к руководству «Поликлиники».

2.2.6. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. Выполнять все требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, своевременно информировать руководство «Поликлиники» о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора.

2.2.7. Выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью

2.2.8. За 24 (двадцать четыре) часа информировать специалиста «Поликлиники» о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги.

### 2.3. «Поликлиника» имеет право:

2.3.1. Отказать в приеме Пациенту в случаях:

- Состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения.
- Действия Пациента угрожают жизни и здоровью персонала.
- В случае нарушения Пациентом правил, установленных организацией.

2.3.2. На перенос срока получения услуги в случае опоздания Пациента более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги.

2.3.3. На хранение и обработку персональных данных Пациента (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные, СНИЛС, адрес проживания, место работы, должность, сведения о состоянии здоровья) согласно законодательным актам РФ.

### 2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

## 3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых «Поликлиникой», указана в Прейскуранте цен, действующим на момент оказания медицинской услуги.

3.2. Стоимость услуг по настоящему договору составляет сумму из всех Расчетов за отдельные Услуги, оказанные Пациенту в период действия договора.

3.3. Оплата услуг по настоящему договору может осуществляться любым способом, не запрещенным законодательством РФ.

## 4. ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ И СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания В случае, если ни одна из сторон до окончания действия договора не заявит о его расторжении, договор считается пролонгированным каждый раз на один год. Истечение срока действия договора не освобождает Стороны от исполнения своих обязательств.

4.2. В случае отказа **Пациента** после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. «Поликлиника» информирует **Пациента** о расторжении договора по инициативе **Пациента**, при этом **Пациент** оплачивает «Поликлинике» фактически понесенные «Поликлиникой» расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств будут разрешаться по возможности путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.

5.2. «Поликлиника» освобождается от ответственности за исполнение услуг в случае неисполнения **Пациентом** рекомендаций врача или сообщения **Пациентом** заведомо ложных сведений о состоянии своего здоровья.

## 6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. **Пациент** не возражает о получении информации, не касающейся персональных данных, от «Поликлиники» по каналам сотовой связи и сети интернет.

6.2. В случае возникновения «особых условий» при оказании медицинской помощи, между «Поликлиникой» и **Пациентом** заключается Дополнительное соглашение на оказание данного вида услуг.

## 7. СВЕДЕНИЯ ОБ ИСПОЛНИТЕЛЕ

**Фирменное наименование:** Общество с ограниченной ответственностью «Поликлиника «Лекон» (ООО «Поликлиника «Лекон»);

**Юридический адрес:** РФ, 433504 Ульяновская область, г. Димитровград, ул. Зеленая, 3А;

**ОГРН 1027300538330** Свидетельство о государственной регистрации юридического лица от 13.10.2009 г. серия 73 № 001912533, наименование регистрирующего органа – Инспекцией Федеральной налоговой службы по г.Димитровграду Ульяновской области;

**Лицензия на осуществление медицинской деятельности Л041-01188-73/00328041 от 28 декабря 2020 года**, выдана Министерством здравоохранения Ульяновской области (адрес лицензирующего органа: РФ, 432980, г Ульяновск, ул. Кузнецова 18а, Факс: (8422) 41-05-01, 41-37-88

## УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Все медицинские услуги оказываются «Поликлиникой» при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований нормативных актов РФ.

**Пациент** подтверждает, что до подписания настоящего Договора, ознакомлен в доступной форме с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Порядки оказания медицинской помощи при медицинских заболеваниях;
- Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;
- Информацию о врачах, оказывающем медицинские услуги, его профессиональном образовании и квалификации, график работы;
- Информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- Сроки ожидания предоставления платных услуг;
- Местонахождение, режим работы «Поликлиники», перечень платных медицинских услуг с указанием их стоимости, условия предоставления и получения этих услуг;
- Иные сведения, по требованию **Пациента**, связанные с оказываемой медицинской услугой и подлежащие разглашению в соответствии с действующим законодательством.

Основанием для предоставления медицинских услуг является добровольное желание **Пациента** получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг, а так же письменное информированное добровольное согласие **Пациента**.

Срок оказания услуг, а также их объем и стоимость зависят от состояния здоровья **Пациента** диагноза, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг. Срок оказания услуги начинается с факта обращения **Пациента**.

Если в процессе оказания услуг возникла необходимость оказания дополнительных услуг, то они оформляются дополнительным соглашением или новым договором с указанием перечня дополнительных услуг и их стоимости.

Если в процессе оказания услуг потребуется предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан РФ".

## ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Медицинская документация (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) отражающая состояние здоровья **Пациента** 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 выдается **Пациенту** (законному представителю **Пациента**) после исполнения Договора Исполнителем, без взимания дополнительной платы.

Для получения копии медицинских документов или выписок из них после исполнения Договора Исполнителем, **Пациент** либо его законный представитель представляет запрос о предоставлении копий и выписок на бумажном носителе (при личном обращении или по почте), который составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с нормативными актами РФ.

При подаче запроса лично, а также при личном получении копии медицинских документов и выписок из них **Пациент** либо его законный представитель предъявляет документ, удостоверяющий личность. Законный представитель **Пациента** дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его статус.

В случае выбора способа получения **Пациентом** (его законным представителем) запрашиваемых копий медицинских документов или выписок из них по почте соответствующие копии или выписки из них направляются заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

В случае отсутствия в запросе сведений, указанных в нормативных актах РФ и (или) документа, подтверждающего статус законного представителя, Исполнитель в письменной или электронной форме информирует об этом Потребителя либо его законного представителя в срок, не превышающий четырнадцати календарных дней со дня регистрации в медицинской организации запроса.

Предоставление Потребителю либо его законному представителю копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется в количестве одного экземпляра в срок 30 рабочих дней с момента подачи заявления Потребителем.

## ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с Приложением №1 к лицензии по адресу: г.

Димитровград, ул. Зеленая, 3А

**I. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

- 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу;
- 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии;
- 3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, косметологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, психиатрии-наркологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии.

**II. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствовании и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым);

2) при проведении медицинских экспертиз по: – экспертизе временной нетрудоспособности.

**ПЕРЕЧЕНЬ РАБОТ, составляющих медицинскую деятельность в соответствии с Приложением №2 к лицензии по адресу: г.**

**Димитровград, ул. Гоголя 21**

**I. При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:

акушерскому делу, вакцинации (проведению профилактических прививок), лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, функциональной диагностике;

2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии, терапии;

3) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, ревматологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, хирургии.

**II. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствовании и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги):**

1) при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным), медицинским осмотрам профилактическим;

2) при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием;

3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности.

## 8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Все Приложения и дополнения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

## 9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

**«Поликлиника»:**

433504 Ульяновская область г. Димитровград, ул. Зеленая, 3А

ИНН: 7302003868 / КПП 730201001

р/с 40702810869110010257 в Отделении № 8588 Сбербанка России г. Ульяновск

Получатель: Общество с ограниченной ответственностью

«Поликлиника «Лекон»

к/с 3010181000000000602 БИК 047308602

ОКОНХ 91514 ОКПО 12562973 ОГРН 1027300538330 ОКВЭД 85.12, 52.31

ОКОГУ 13220, 7185, 13270, 13127

Телефон: (84235) 4-22-55

E-mail: info@klinika-lekon.ru Интернет-сайт: klinika-lekon.ru

**Директор ООО «Поликлиника «Лекон»**

**М.А. Парфенов**

**Пациент:**

**Пациент** <ПАЦИЕНТ\_ПОДПИСЬ>  
(подпись)

(Фамилия И.О.)

## Письменное согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ года рождения,

Адрес (по месту регистрации): \_\_\_\_\_

Паспорт: серия, №

Выдан:, дата:;

Далее - «Субъект персональных данных».

В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ подтверждаю своё согласие на обработку ООО «Поликлиника «Лекон»., находящегося по адресу: ул. Зеленая, д. 3А, далее «Оператор», моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медикопрофилактических целях, в целях установления диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, уполномоченным Оператором, обязанным сохранять врачебную тайну, персональные данные.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные действующим законодательством,

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по передаче отчетных форм в случаях, предусмотренных действующим законодательством, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять врачебную тайну и персональные данные.