

ДОГОВОР № _____ Оказания платных медицинских услуг

г. Димитровград

« ____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Поликлиника «Лекон», действующее на основании Устава и лицензии Л041-01188-73/00328041, выданной 28 декабря 2020 года, в лице директора Парфенова Михаила Александровича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Поликлиника», с одной стороны, и _____, _____ года рождения, паспорт _____ выдан _____, адрес постоянного места жительства: _____, 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 РАСЧЁТОВ

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, оказывающих 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 потребуются 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 кохлеарной 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 30101810000000000602 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:

Ф.И.О. _____

Паспорт _____ № _____

Выдан _____

Адрес _____

Телефон _____

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.