

Договор на предоставление платных медицинских услуг

г. Новый Уренгой
«___»_____2019г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Гиппократ», имеющее лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-89-01-000961 от 30 ноября 2016 г выданную Департаментом Здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» в лице Генерального директора **Фаттахова Марата Вагаповича**, действующей на основании Устава с одной стороны,

Именуемый (ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, вместе также именуемые «**Стороны**», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика обязуется оказать ему медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Новый Уренгой проспект Губкина дом 28 пом. 67-73 в порядке предварительной записи на прием через администратора по тел. 28-00-70. (При необходимости выезда специалиста по другому адресу все расходы Исполнителя оплачивает Пациент согласно Прейскуранту цен Исполнителя, действующему на день оказания услуг.)

1.3. Перечень услуг, оказываемых Исполнителем Заказчику, может быть изменен Исполнителем в ходе оказания услуг с согласия Заказчика, которые не могли предвидеть в момент заключения настоящего договора, с подписанием дополнительного соглашения к договору.

1.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора в соответствии с Законодательством РФ.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.1.2. Оказывать Пациенту медицинские услуги, которые предъявляются к существующим методам диагностики, профилактики и лечения, а при необходимости и дополнительные услуги в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя.

2.1.3. Согласовывать с Заказчиком сложные манипуляции, информировать степени риска и последствиях.

2.1.4. Предоставить информацию Заказчику о проводимом лечении.

2.1.5. Обеспечить не разглашение сведений о Заказчике, составляющих медицинскую тайну и иную конфиденциальную информацию

2.1.6. Давать разъяснения Заказчику о назначаемом и проводимом лечении.

2.2. Заказчик обязуется:

2.2.1. Строго соблюдать рекомендации и назначения врача, обеспечивающие

качественное оказание услуг Исполнителем, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья.

2.2.2. По запросу Исполнителя предоставить ему необходимые документы и материалы, для выполнения своих обязательств. Сообщить Исполнителю все сведения о наличии непереносимости и/или аллергических реакций на прием каких либо препаратов о проведенных ранее процедурах или иного медицинского вмешательства, а также о наличии ранее установленных заболеваний.

2.2.3. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором

2.2.4. Перед проведением медицинского вмешательства подписать добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации. В случае отказа Заказчика от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство Исполнитель признает это отказом Заказчика на получение соответствующего медицинского вмешательства.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае не предоставления, либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации, либо отказать в предоставлении медицинских услуг.

2.3.2. Назначить конкретных специалистов для оказания медицинских услуг, устанавливать время, и условия оказания медицинских услуг.

2.3.5. Требовать от Заказчика возмещения причиненного ущерба по вине Заказчика имуществу Исполнителя.

2.3.6. При наличии противопоказаний отказать Заказчику в предоставлении медицинских услуг.

2.3.7. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

2.3.8. Отказаться от получения Услуги (до момента начала ее оказания) и получить обратно уплаченную сумму с возмещением исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуги.

2.3.9. Требовать от Пациента соблюдения правил оказания медицинских услуг.

2.3.10. Привлекать с целью контроля качества оказания медицинских услуг сторонние медицинские организации, учреждения и центры, имеющие лицензию на данный вид деятельности.

2.3.11. В случае несоблюдения Заказчиком рекомендаций и назначений лечащего врача, нарушения плана лечения, действующего внутреннего распорядка Исполнителя, некорректного поведения по отношению к персоналу Исполнителя, причинения ущерба имуществу, Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств при условии полного возмещения Заказчику денежных средств, оплаченных Исполнителю за услуги, которые Заказчик фактически не получил.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с Правилами предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями (утв. Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006).

2.4.2. Заказчик вправе отказаться от исполнения обязательств по договору при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов.

3.1. Стоимость медицинских услуг по договору определяется предварительно с

Заказчиком, согласно плана обследования и лечения и /или необходимых Заказчику, при обращении Заказчика по каждому случаю отдельно.

3.2. Стоимость медицинских услуг определяется в соответствии с Прейскурантом цен на день обращения Заказчика. Оплата производится в кассу наличными денежными средствами или через банковский терминал Исполнителя в российских рублях.

3.3. В зависимости от вида оказываемых услуг, расходных материалов стоимость оказываемых услуг может быть изменена по согласованию с Заказчиком.

3. Ответственность сторон

4.1. В случае несоблюдения Заказчиком пунктов 2.2.1 и 2.2.2 настоящего договора, неисполнения медицинских предписаний, Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком за наступление неблагоприятных последствий лечения.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результат лечения в случае предоставления Заказчиком недостоверных сведений или ненадлежащего выполнения Заказчиком медицинских предписаний, а также по иным основаниям предусмотренным законодательством РФ.

4.3. Исполнитель несет ответственность за вред, причиненный Заказчику при наличии установленной вины.

5. Срок действия договора

5.1. Срок действия настоящего Договора - с даты его подписания и до полного исполнения обязательств.

5.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон.

5.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на, то представителями обеих Сторон.

4. Иные условия

6.1. Исполнитель оставляет за собой право в одностороннем порядке, в особых случаях, связанных с ухудшением общего состояния здоровья Заказчика принимать решение о госпитализации в другие медицинские учреждения с обязательным уведомлением лиц, которым по указанию Заказчика может быть передана такая информация.

6.2. В особых случаях, при возникновении обстоятельств, при которых согласованная с Заказчиком стоимость услуг, должна быть изменена в сторону увеличения из-за дополнительного обследования, консультаций специалистов, не предусмотренных ранее или возникновении осложнений основного или сопутствующих заболеваний, требующих дополнительного наблюдения, обследования и лечения, Исполнитель обязан получить согласие Заказчика на оплату услуг, а Заказчик обязан оплатить эти услуги. Показания для дополнительного обследования и лечения со стояний, непосредственно влияющих на результат лечения, определяются лечащим врачом.

6.3. До начала исполнения обязательств по договору Исполнитель обязуется ознакомить Заказчика с правами пациента (ст. 30 Основ Законодательства РФ об охране здоровья граждан).

6.4. Амбулаторная карта пациента, данные лабораторных и инструментальных исследований являются собственностью учреждения Исполнителя. Заказчик не имеет права выносить за пределы лечебной организации Исполнителя первичную медицинскую документацию (медицинскую карту), форма №025 утвержденную Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22.11.2004 N 255

6.5. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

6.6. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Исполнителя другой экземпляр находится у Заказчика.

7. Адреса и реквизиты сторон

Данный раздел заполняется представителем пациента в случае подписания настоящего договора от имени пациента.

ФИО представляемого лица: _____

Законный представитель пациента (родитель, усыновитель, опекун) _____

Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

Документ: Серия _____ Дата выдачи _____

кем выдан _____

Указанные выше сведения подтверждаю: _____ V _____

(Ф.И.О. гражданина, подпись)

Заказчик _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Паспорт: серия: _____ № _____ кем выдан _____

Тел. V _____ Подпись V _____ / _____

Исполнитель: ООО «МЦ «Гиппократ»,
Юридический адрес: 629300, ЯНАО, г. Новый Уренгой,
пр. Губкина д.28 пом. 67-73.
Местонахождение: 629300, ЯНАО, г. Новый Уренгой,
пр. Губкина дом 28 пом.67-73,
ИНН/КПП 8904081713/890401001, ОГРН 1168901053001,
р/с 40702810967400002590 в филиале;
Западно-Сибирский банк ПАО Сбербанк г.Тюмень,
БИК 047102651, к/с 30101810800000000651

М.П. Генеральный директор _____

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

д/рожд. _____ Паспорт серия _____ номер _____
кем и когда выдан _____
код подразделения _____ проживающий(ая) по адресу: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152 -ФЗ, статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" ДАЮ СОГЛАСИЕ на обработку ООО «МЦ «Гиппократ» зарегистрированному по адресу: МО г. Новый Уренгой пр. Губкина д.28 пом. 67-73 (далее – «Гиппократ») моих персональных данных, персональных данных представляемого мной ребенка (сына, дочери)

(Фамилия, имя, отчество)

включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности, в том числе свидетельства о рождении), реквизиты полиса ОМС/ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), место работы, учебы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию (фотографии, видеоматериалы) - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществления иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета «Гиппократ». В процессе оказания «Гиппократ» мне/представляемому мной ребенку медицинских услуг Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ ПРАВО медицинским работникам (врачам, среднему медицинскому персоналу) передавать мои персональные данные/персональные данные представляемого мной ребенка, в том числе составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам «Гиппократ» в интересах обследования, лечения и внутреннего учета «Гиппократ». Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я ПРЕДОСТАВЛЯЮ «Гиппократ» ПРАВО ОСУЩЕСТВЛЯТЬ все действия с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, передачу (в страховую медицинскую организацию, организацию - заказчика медицинских услуг в рамках заключенных договоров), обезличивание, блокирование, уничтожение. «Гиппократ» ИМЕЕТ ПРАВО обрабатывать персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ОМС/ДМС, договору оказания платных медицинских услуг; осуществлять обмен (прием и передачу) персональными данными со страховой медицинской организацией, организацией - заказчиком медицинских услуг, договору оказания платных медицинских услуг с использованием электронных носителей информации, по каналам связи и (или) документов на бумажных носителях, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. «Гиппократ» ВПРАВЕ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.

Я ДАЮ СОГЛАСИЕ / НЕ ДАЮ СОГЛАСИЕ (ненужное зачеркнуть) «Гиппократ» на использование персональных данных в целях информирования меня с помощью средств связи путем пересылки мне SMS-сообщений: напоминание о записи на прием к специалисту или исследование (на указанный мной номер мобильного телефона), на пересылку информации о состоянии здоровья (результатах обследования и др.) через незащищенные каналы связи (электронная почта), для чего собственноручно пишу адрес электронной почты и телефон, на который разрешаю высылать данные о состоянии здоровья и иные сведения:

E-mail: _____ Телефон ✓ _____

НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАСИЕ действует бессрочно, и может быть отозвано мною путем направления в адрес Оператора соответствующего письменного документа (по почте заказным письмом с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку представителю «Гиппократ».

Подпись ✓ _____ / _____ / Дата: « ____ » _____ 20 __ г.
(Фамилия И.О.)

Сведения в электронную базу данных внесены:

«Гиппократ»: Подпись _____ / _____