

ДОГОВОР

на оказание платных медицинских услуг

г. Кумертау Республики Башкортостан

от «___» _____ 2017 года

Общество с ограниченной ответственностью «Медсервис Профи» (юр.адрес: г. Кумертау, ул. 40 лет Победы 3\3, лист записи в ЕГРЮЛ от 20.06.2016г. ГРН 2160280653245 выдано МИФНС № 39 по Республике Башкортостан) в лице директора Кашаповой Э.Р., действующего на основании Устава и лицензия № ЛО-02-01-005002 от 11.07.2016 г., выдана бессрочно Министерством здравоохранения Республики Башкортостан

(адрес: г. Уфа, ул. Тукаева, д. 23, тел.8 (347) 2180081), на выполняемые работы(услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; лабораторной диагностике, медицинскому массажу, сестринскому делу в косметологии, физиотерапии 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии, управлению сестринской деятельностью, педиатрии. 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии, косметологии, ультразвуковой диагностике, аллергологии и иммунологии, неврологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации) офтальмологии, профпатологии, стоматологии терапевтической, стоматологии общей практики, урологии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии дерматовенерологии, клиническо- лабораторной диагностике, психиатрии, психиатрии-наркологии, эндоскопии, кардиологии, колопроктологии, мануальной терапии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, физиотерапии 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предварительным, периодическим); 2) при проведении медицинских освидетельствований по: 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 профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем **Исполнитель** с одной стороны и

(ф. и. о. пациента)

именуемый в дальнейшем **ПАЦИЕНТ** с другой стороны, далее совместно именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, ОБЪЕМ УСЛУГ, ЦЕНА

1.1. От лица Исполнителя:

(ф.и.о., должность, специалиста, оказывающего платные услуги)

берет на себя обязательство оказать медицинскую услугу надлежащего качества, включающую в себя:

Наименование услуги	Срок исполнения, дата	Цена по прейскуранту	Итого сумма к оплате

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. исполнитель имеет право: 2.1.1. получать от пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. 2.1.2. При необходимости привлекать третьих лиц (медицинских специалистов) для оказания услуг.

2.2. исполнитель обязан: 2.2.1. предоставить достоверную, доступную информацию о наличии лицензии на медицинскую деятельность, квалификации и сертификации специалистов, сведения о местонахождении клиники, режиме работы, перечне платных мед. услуг.

2.2.2. оказывать квалифицированную, качественную медицинскую помощь с соблюдением требований действующего законодательства

2.2.3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке. 2.2.4. уведомить потребителя (заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. 2.2.5. выдать пациенту копии медицинских документов, отражающих состояние его здоровья. 2.2.6. гарантировать защиту конфиденциальной информации.

2.3. пациент имеет право: 2.3.1. получать качественные медицинские услуги, соответствующие требованиям отраслевых стандартов и иных нормативных документов.

2.3.2. на доступ к информации о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования и лечения.

2.3.3. на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

2.3.4. обратиться к руководству с предложениями, жалобами, в т.ч. в случае претензий по объему и качеству оказанных мед. услуг.

2.4. пациент обязан: 2.4.1. соблюдать Правила оказания медицинских услуг Исполнителем

2.4.2. сообщить полные сведения о состоянии своего здоровья, о перенесенных заболеваниях, осложнениях, известных ему

аллергических реакциях, противопоказаниях. Сообщить, если состоит на диспансерном учете у невролога, терапевта, эндокринолога.

2.4.3. своевременно оплатить стоимость платных медицинских услуг.

2.4.4. строго выполнять все рекомендации, требования и назначения лечащего врача.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. оплата услуг по настоящему договору производится пациентом на условиях 100% предоплаты до оказания услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу медицинской клиники.

4. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

4.1. стороны не должны разглашать или недобросовестно использовать конфиденциальную информацию, полученную в результате совместной деятельности.

4.2. **пациент подтверждает**, что в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, **даст согласие** на обработку ООО «Медсервис Профи»(далее Оператор) своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии своего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медикопрофилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской помощи предоставляет право медицинским работникам, передавать персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах его обследования и лечения. Предоставляет Оператору право осуществлять все действия (операции) с его персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Передача персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с письменного согласия пациента. Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент оставляет за собой право отозвать свое согласие посредством письменного заявления об отзыве, в соответствии с которым, Оператор обязан прекратить обработку его персональных данных.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Сторона, не исполнившая или ненадлежащим образом исполнившая обязательства по настоящему договору, несет ответственность

в соответствии с действующим законодательством РФ

5.2. Медицинской клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

5.3. Сторона считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне в течение 10 дней письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в установленном законом порядке: в течении суток рассмотреть заявление, в случае необходимости принять меры: назначить новый срок оказания услуги, определить другого специалиста для исполнения услуги или возместить убытки.

5.4. Медицинская клиника не несет ответственности:

- за результаты оказания медицинских услуг в случаях несоблюдения Пациентом рекомендаций по лечению, в том числе назначенного режима и совершения иных действий, направленных на ухудшение здоровья Пациента.
- в случаях медицинского вмешательства третьих лиц после оказания услуг медицинской клиникой «Медсервис Профи»
- если до оказания медицинской услуги Пациент не исполнил обязанность по информированию врача о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, если неэффективность оказанной медицинской услуги или причиненный вред явились следствием отсутствия у врача такой информации.
- за последствия в случае информированного отказа Пациента от лечения.
- за наступление побочных эффектов от применения лекарственных средств и препаратов, на возможность наступления которых изготовитель таких лекарственных средств и препаратов указывал в аннотации к ним.

5.5. Пациент обязан полностью возместить Медицинской клинике понесенные им убытки, если Медицинская клиника не смогла оказать медицинские услуги или была вынуждена прекратить их по вине Пациента.

5.6. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

5.7. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.8. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Пациенту медицинской помощи.

5.9. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.

6.1. все споры, вытекающие из настоящего договора, разрешаются сторонами путем переговоров .В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров , подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. все изменения и дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны Сторонами.

7.2. настоящий договор может быть расторгнут по соглашению сторон и на иных основаниях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.3. Настоящий договор считается заключенным с момента его подписания сторонами и действует до подписания сторонами акта приема оказанных медицинских услуг.

7.4. настоящий договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «Медсервис Профи» ,

Г. Кумертау, ул. 40 лет Победы 3/3

ОГРН 1030201635672

ИНН 0262001530 КПП 026201001

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О. _____

Дата ,месяц, год рождения _____

Адрес _____

С условиями договора согласен, 2-й экземпляр договора и чек об оплате услуги получил:

Подпись врача)

(подпись пациента)

АКТ

ПРИЕМА ОКАЗАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я, _____ именуемый далее ПАЦИЕНТ и ООО «Медсервис Профи» в лице директора Кашаповой Э.Р., действующего на основании УСТАВА, далее ИСПОЛНИТЕЛЬ удостоверяют нижеследующее:

1. В соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг от «___» ___ 201_ года, ИСПОЛНИТЕЛЬ оказал платную медицинскую услугу в полном объеме и с надлежащим качеством.

2. ПАЦИЕНТ подтверждает, что услуги получены в полном объеме, претензий к качеству полученной медицинской услуги и к стоимости медицинской услуги **не имеет.**

Услуги оказал врач: _____

Услуги принял пациент : _____

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____
 проживающий по адресу _____
 обработку .

Подпись субъекта пер _____, в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Фантазии»(далее-Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания 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. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов в поликлинике и составляет пять лет . Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку _____

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, _____
 (ф.и.о. гражданина)
 " __ " ____ года рожд., зарегистрированный по адресу: _____
 (адрес места жительства гражданина, либо 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 Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медсервис Профи». Медицинским работником _____
 (должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними рисках, 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 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации (собрание законодательства Российской Федерации 2011 N 48 ст. 6724; 2012 N 26 ст. 3442-3446). Сведения





