



Бизнес Центр PORTPLAZA
Проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2
ОГРН 1117746299714 ИНН 7717698110
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ЛО41-01137-77/00320824 от 24.04.2018 г.
Тел.: +7(985)971-53-45
E-mail: doctor.proff@mail.ru
Сайт: www.dr-prof.ru

Приложение №2 к приказу
от 29.08.2025 г. №5

Оказание платных медицинских услуг осуществляется только при наличии предварительно заключенного и подписанного Договора между Исполнителем и Пациентом (Потребителем) (за исключением неотложной помощи). Основания:

- Постановление Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»: договор оказания платных медицинских услуг заключается между Пациентом (Потребителем) и Исполнителем в письменной форме;
- Условия лицензирования клиники: платные медицинские услуги разрешаются только при наличии договора.

Пациент предупрежден о том, что в помещениях клиники с целью контроля качества и безопасности медицинской деятельности ведется видеонаблюдение и аудиофиксация.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№ _____

г. Москва

«__» _____ 202__ г.

Пациент (Потребитель)

(Фамилия, Имя, Отчество физического лица)

«__» _____ года рождения, паспорт серия _____ № _____ выдан

«__» _____ года, код подразделения _____

Адрес места жительства, иные адреса и телефоны, на которые Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения, содержащие персональные данные и медицинскую тайну Пациента:

Телефон: +7(9____) _____ - _____ - _____ e-mail: _____,
именуемый(ая) в дальнейшем «Пациент», с одной стороны, «Заказчик» (физическое лицо: ФИО
данные паспорта, дата рождения, регистрация)

____ или юридическое лицо (ИП) ООО «_____» в лице _____, действующего на основании _____,
с другой стороны и Общество с ограниченной ответственностью "МЕДИЦИНА"
(ООО «МЕДИЦИНА»), адрес места нахождения юридического лица: 115432, г. Москва, проезд
Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2, адрес места осуществления медицинской деятельности:

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2, адрес сайта в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» www.dr-prof.ru, свидетельство о присвоении ОГРН 1117746299714 зарегистрировано 15.04.2011 г. в Межрайонной ИФНС № 46 по г. Москве ИНН 7717698110, в лице **Главного врача Малининой Ольги Юрьевны**, действующей на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00320824 от 24.04.2018 года выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы (107023, РФ, г. Москва, площадь Журавлева, д.12, тел. +7(495) 652-82-46), сроком действия «бессрочно», ссылка на сведения, содержащиеся в электронных реестрах лицензий: www.dr-prof.ru, www.roszdravnadzor.gov.ru при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); кардиологии; неврологии; организации здравоохранения и общественному здоровью; эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностики; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: мануальной терапии; физиотерапии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**» с третьей стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется, при наличии медицинских показаний и организационно-технических возможностей, оказать платные медицинские услуги Пациенту в объеме **амбулаторно-поликлинической медицинской помощи** в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией, **по перечню**, по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Счете в Приложении №1 к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора, которое составляется обязательно письменно и которое может изменяться по согласованию Сторон и по медицинским показаниям, а Пациент – принять, а Заказчик оплатить оказанные услуги по Прейскуранту Исполнителя, размещенному на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.dr-prof.ru в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложениями к нему.

Объем и стоимость оказанных Пациенту Услуг отражается в акте оказанных услуг. На отдельные этапы лечения могут быть составлены отдельные акты.

1.2. Настоящий Договор обеспечивает реализацию прав Пациента на получение платных медицинских услуг в ООО «МЕДИЦИНА» в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», с соблюдением порядков и стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

Исполнитель в соответствии с законодательством Российской Федерации несет ответственность за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и /или здоровью при оказании медицинских услуг Пациенту.

1.3. Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалиста, оказывающего услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество медицинской помощи, отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.4. Исполнитель информирует Пациента о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.5. На момент подписания Договора Пациент подтверждает, что уведомлен об обязанности соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «МЕДИЦИНА».

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Исполнитель в соответствии с пунктом 1.1. настоящего Договора оказывает платные медицинские услуги **на территории** и в помещении Исполнителя, расположенному по адресу: **115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2.**

2.2. Основанием для оказания платных медицинских услуг является личное обращение и добровольное желание Пациента получить медицинские услуги за плату, желание Заказчика оплатить оказание услуг Пациенту, наличие медицинских показаний у Пациента и возможностей у Исполнителя для оказания медицинских услуг.

2.3. Платные медицинские услуги предоставляются при обязательном наличии Информированного добровольного согласия Пациента (Приложение №2 к настоящему Договору) на медицинское вмешательство, данного им в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.4. При привлечении Исполнителем к оказанию медицинских услуг третьих лиц Исполнитель доводит до сведения Пациента место и время оказания ему медицинской услуги.

2.5. Учитывая желание Пациента достичь наилучшего результата при получении услуг и личную заинтересованность Пациента в части сохранения физического здоровья, Пациент предоставляет достоверные сведения о состоянии своего здоровья. В случае одновременного прохождения Пациентом медицинских процедур, лечения в другом медицинском учреждении, Пациент обязан сообщить о виде и характере таких процедур специалистам Исполнителя. Если Пациент не сообщил о прохождении других процедур, то Исполнитель не несет ответственности за неблагоприятные последствия, которые могут возникнуть в связи с несовместимостью медицинских процедур. В случае несоблюдения рекомендаций специалистов Исполнителя (нарушение режима и рекомендаций), повлекшее за собой неблагоприятные последствия для Пациента, Исполнитель не несет гражданско-правовую ответственность за наступление таких последствий. В случае невозможности подписания со стороны Пациента данного документа, Заключение подписывается доверенным лицом пациента на основании доверенности, оформленной нотариально, в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

2.6. Сроки ожидания предоставления платных медицинских услуг составляют 30 календарных дней. Срок ожидания планового приема – не более 15 дней со дня обращения, срок ожидания проведения Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

диагностических, инструментальных и лабораторных исследований – не более 15 дней со дня обращения. Сроки ожидания оказания Потребителю Услуг не превышают сроков ожидания, установленных программой (территориальной программой) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

2.7. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией безотлагательно и бесплатно в соответствии с требованиями части 2 статьи 11 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.8. Срок оказания медицинской услуги определяется датой и временем обращения Пациента к Исполнителю в соответствии со статьей 190 Гражданского кодекса Российской Федерации.

2.9. Если иное не согласовано Сторонами, срок оказания услуги определяет Пациент и Заказчик, используя систему электронной записи на прием через сайт Исполнителя в сети интернет по адресу: www.dr-prof.ru либо через обращение к администраторам Исполнителя.

2.10. Сроки оказания услуг могут быть скорректированы после консультации и осмотра врачом по согласованию с Пациентом и с Заказчиком, с внесением информации в медицинскую карту Пациента.

2.11. После консультации и обследования Пациента письменно составляется План лечения (Приложение №3 к настоящему Договору) с указанием видов услуг, перечня, стоимости и согласовывается с Заказчиком и с Исполнителем. В случае длительного лечения, предполагающего этапность, ориентировочные сроки фиксируются в Плане лечения в медицинской карте и согласовываются с Исполнителем.

2.12. Пациент подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.13. При необходимости Пациенту могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

2.14. Пациент уведомлен о том, что может потребоваться дополнительное медицинское вмешательство за плату для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается с Пациентом и с Заказчиком, оформляется в письменном виде в виде дополнительного соглашения к настоящему Договору и указывается в дополнительном плане лечения.

2.15. Подписывая Договор, Пациент и Заказчик подтверждают, что до его заключения лично ознакомились с прейскурантом Исполнителя, с правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты, с правилами поведения пациентов, размещенных на информационном стенде и сайте Исполнителя, а также:

- ознакомились с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, согласно Постановлению Правительства РФ от 11.05.2023 № 736, и Прейскурантом Исполнителя;
- ознакомились с иной информацией, размещенной на сайте Исполнителя: www.dr-prof.ru и на информационных стендах (стойках) в части сроков оказания Услуг, формами Договора;
- ознакомились и получили сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности, № Л041-01137-77/00320824 от 24.04.2018 года выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы (107023, РФ, г. Москва, площадь Журавлева, д.12, тел. +7(495) 652-82-46), сроком

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

действия «бессрочно» и перечнем видов работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в том числе о доступе к общественной информации, содержащейся в электронных реестрах лицензий, размещенной по адресу: <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>;

- получили информацию о порядках, стандартах медицинской помощи и клинических рекомендациях, с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, путем размещения на сайте Исполнителя ссылок на «Официальный интернет-портал правовой информации» www.pravo.gov.ru и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации (minzdrav.gov.ru), на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций, а также путем размещения указанных ссылок на информационных стендах;
- получили информацию о медицинских работниках, отвечающих за предоставление Услуг (их профессиональном образовании и квалификации, графике работы), а также о том, что граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в ООО «МЕДИЦИНА»;
- получили информацию о сроках ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы.

и обязуются соблюдать их требования.

2.16. Факт заключения настоящего Договора не является основанием для предоставления Пациенту услуг в первоочередном порядке.

2.17. Пациент и Заказчик до подписания Договора получили сведения, размещенные на информационном стенде и сайте Исполнителя, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, графике их работы.

2.18. Медицинские услуги по Договору оказываются на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.19. Потребитель и Заказчик имеют возможность ознакомиться со стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями, с учетом и на основании которых оказываются медицинские услуги, путем изучения ссылок на сайте и на информационном стенде Исполнителя на Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru) и официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.20. Информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи предоставляется Пациенту и Заказчику в информированных добровольных согласиях на оказание медицинских услуг.

2.21. Исполнитель предоставляет гарантию на выполненные работы (услуги) сроком на 1 (Один) месяц. Это связано с тем, что результат, появляющийся после оказания услуги, с течением времени закономерно снижается из-за физиологических или иных причин. Возникающие в результате услуги уменьшение эффекта со временем требует повторения оказания услуги, повторные услуги оказываются на возмездной основе.

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

2.22. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на осуществление медицинской деятельности, порядками, стандартами, другими документами в соответствии с действующим законодательством России.

2.23. Пациент и Заказчик предоставляют Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

2.24. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

2.25. Пациент незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

2.26. Исполнителем после исполнения Договора выдаются Пациенту (или его законному представителю) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.27. Пациент дает Исполнителю Согласие на обработку необходимых персональных данных в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством Российской Федерации, в том числе положениями об организации оказания медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, организации медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, на основе клинических рекомендаций, а также с учетом стандартов медицинской помощи, а также условиями настоящего Договора.

3.1.2. Обеспечить Пациента и Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи до ее оказания. Обеспечивать Пациента, Заказчика доступной, своевременной, достоверной и достаточной информацией об оказываемых медицинских услугах и их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

3.1.3. Обеспечить соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Назначить для проведения обследования и лечения медицинского специалиста (далее - «врача»), соответствующего квалификационным требованиям к медицинским специалистам, предъявляемым законодательством Российской Федерации.

3.1.5. Назначить в оговоренное с Пациентом время обследования и лечения Пациента.

3.1.6. Определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для полного выполнения Сторонами в определенные врачом сроки.

3.1.7. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

3.1.8. Вести медицинскую документацию Пациента, учетные и отчетные статистические формы, производить учет видов, объема и стоимости оказанных Услуг. Отразить результаты обследования (предварительный диагноз) и согласованные с Пациентом медицинские услуги, План лечения в медицинской карте.

3.1.9. Определить и сообщить Пациенту ориентировочные сроки выполнения выбранных и согласованных с Пациентом медицинских услуг, при этом любое изменение Плана лечения (согласно записям в медицинской карте Пациента), влечет за собой изменение сроков и стоимости лечения.

3.1.9. В соответствии с предварительным диагнозом, внесенными в медицинскую карту Пациента, согласованным Планом лечения, осуществить лечение Пациента в соответствии с условиями настоящего Договора.

3.1.10. Использовать методы диагностики, профилактики и лечения с соблюдением предъявляемых к ним требований.

3.1.11. Обеспечить соблюдение действующих санитарных норм и правил, санитарно-эпидемиологических и санитарно-противоэпидемических мероприятий при подготовке к приему и во время лечения.

3.1.12. Обеспечить наиболее безболезненные и рациональные методы лечения в соответствии с медицинскими показаниями. В зависимости от состояния пациента и наличия медицинских показаний, по согласованию с лечащим врачом или консилиумом врачей, использовать по возможности самые современные и наименее инвазивные методы диагностики и лечения.

3.1.13. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача обеспечить лечение другим специалистом (при наличии физической возможности).

3.1.14. Уведомить Пациента и Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.1.15. Предоставить по письменному мотивированному запросу Пациента копии медицинских документов о состоянии здоровья в течение 10 (Десяти) дней с момента получения запроса от Пациента или его законного представителя, при условии предоставления подлинников документов, подтверждающих полномочия.

3.1.16. После исполнения Договора предоставить Пациенту, Заказчику по его требованию справку об оказанных медицинских услугах в целях получения социального налогового вычета на расходы по лечению и приобретению лекарственных препаратов (далее – Справка), иные документы:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему;
- рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов РФ, ИНН», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью Исполнителя;
- документы, подтверждающие оплату лекарственных препаратов: кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета.

Справка выдается на руки Пациенту, Заказчику в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о предоставлении указанных документов. Выдача Справки третьим лицам не осуществляется. Указанные документы выдаются бесплатно, в установленные сроки.

3.2. Пациент обязан:

3.2.1. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, в том числе: сообщать информацию о своем здоровье, выполнять устные и письменные рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения о своем состоянии здоровья, соблюдать режим лечения, график визитов для проведения диагностики, лечения и плановых осмотров.

3.2.2. Подписывать информированные добровольные согласия на оказание медицинских услуг до начала их оказания, план лечения, Приложения к настоящему Договору, акты оказанных услуг и иные документы и Приложения к настоящему Договору. В случае отказа от подписания документов Пациент обязан предоставить письменные пояснения причины такого отказа.

3.2.3. Прибывать в срок за 15 минут до назначенного времени приема к врачу и уведомлять Исполнителя за 24 часа об отмене назначенного врачом визита вне зависимости от причины отмены.

3.2.4. Во время действия настоящего Договора уведомлять Исполнителя об использовании лекарственных препаратов, назначенных самостоятельно или специалистами других лечебных учреждений, уведомлять о фактах получения медицинских услуг в других медицинских организациях, последствия которых могут повлиять на результаты уже оказанных по Договору услуг или повлечь за собой изменения в плане лечения и сроках оказания услуг.

3.2.5. В случае изменения состояния здоровья, связанного, с точки зрения Пациента, с проведенными Исполнителем медицинскими вмешательствами, немедленно сообщить об этом лечащему врачу или администратору Исполнителя по телефону и прибыть на прием к Исполнителю в разумные сроки, согласно полученным врачебным рекомендациям.

3.2.6. При отказе от продолжения лечения Пациент обязан подписать отказ от медицинского вмешательства и расторгнуть Договор, оплатив оказанные услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.2.7. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с прайсом на момент оказания услуги или путем внесения предоплаты в случаях, предусмотренных Договором и правилами оплаты услуг в клинике Исполнителя с учетом положений статьи 34 ФЗ РФ "О защите прав потребителей".

3.2.8. Указать актуальный адрес электронной почты.

3.2.9. Заявлять об обнаружении недостатков (жалобах) при принятии выполненной услуги, ее отдельного этапа или в ходе ее исполнения, сообщать о них лечащему врачу для обязательного внесения соответствующей записи в медицинскую карту, в противном случае услуга считается выполненной надлежащим образом. При невозможности обнаружить недостаток при принятии выполненной услуги, в течение гарантийного срока Пациент вправе предъявлять требования, связанные с ее недостатками.

3.2.10. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в период оказания медицинских услуг и в течение гарантийного срока, немедленно извещать лечащего врача или дежурного администратора с обязательным внесением записей в медицинскую карту, либо посетить клинику для оказания помощи. В противном случае оказанные услуги считаются надлежаще выполненными Исполнителем.

3.2.11. В случае невозможности явки на лечение, консультацию и/или профилактический осмотр в назначенное лечащим врачом время, предупредить об этом врача не менее чем за сутки.

3.2.12. При невозможности выполнения Исполнителем своих обязательств по Договору, возникших по вине Пациента или расторжения настоящего Договора по инициативе Пациента, оплатить

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

фактически оказанные услуги, в том числе стоимость израсходованных материалов и прочие понесенные расходы Исполнителя в полном объеме.

3.2.13. Пациент не возражает против проведения видеонаблюдения в помещении (холлах, коридорах), территории Исполнителя (за исключением кабинетов врачебного приема, санитарных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания.

3.2.15. Пациент обязан, находясь на лечении, в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в клинике Исполнителя.

3.2.16. Оплатить оказанные Исполнителем услуги по Договору в соответствии с Прейскурантом на момент оказания услуги.

3.2.17. Заботиться о своем здоровье, принимать все возможные меры для сохранения положительного результата лечения.

3.2.18. Получить у Исполнителя акт об оказании Услуг, подписать и возвратить его один экземпляр в течение 3 (трех) календарных дней с момента получения.

3.2.19. В случае несогласия с объемом и/или качеством Услуг в тот же срок направить Исполнителю мотивированный отказ от подписания акта.

3.2.20. В случае уклонения от получения или немотивированного отказа Пациента, Заказчика от подписания акта об оказании Услуг Исполнитель вправе составить акт в одностороннем порядке. В таком случае Услуги будут считаться оказанными Исполнителем, принятыми Пациентом, Заказчиком и подлежащими оплате в соответствии с условиями Договора в полном объеме.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить оказанные Исполнителем Пациенту услуги по настоящему Договору в соответствии с Прейскурантом Исполнителя на момент оказания услуги или авансом.

3.3.2. Подписывать все приложения к Договору и акты выполненных услуг в случае отсутствия аргументированных претензий.

3.3.3. Получать и подписывать документы финансовой отчетности по услугам в рамках настоящего Договора.

3.3.4. При отказе Пациента от продолжения лечения оплатить оказанные Пациенту услуги и все фактически понесенные Исполнителем затраты по Договору.

3.4. Исполнитель имеет право:

3.4.1. По рекомендации лечащих врачей привлекать для осмотра и консультаций смежных специалистов из других медицинских организаций, а также направлять Пациента в другие медицинские организации на необходимые консультации, дообследования и/или лечение, которые не производятся у Исполнителя, с последующей дополнительной оплатой Пациентом оказанных медицинских услуг. При этом Пациент может самостоятельно вносить денежные средства за оказанную медицинскую услугу непосредственно в организацию, выполняющую данную услугу. Указанные направления на дополнительные обследования могут быть произведены исключительно с согласия Пациента.

3.4.2. Направить Пациента (с его согласия) к другому специалисту соответствующего профиля в случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день приема, или перенести дату и время оказания услуг.

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

3.4.3. Отсрочить или отменить оказание услуги (в том числе в день назначения) в случае обнаружения у Пациента медицинских противопоказаний, препятствующих безопасному оказанию услуг, а также в случае опоздания Пациента на прием к назначенному времени.

3.4.4. Изменить план обследования и(или) лечения по медицинским показаниям и оказать дополнительные платные медицинские услуги без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости.

3.4.5. С согласия и по просьбе (письменной) Пациента вправе допустить по медицинским показаниям отступление от первоначального плана, объема и стоимости лечения.

3.4.6. Исполнитель вправе отказать в оказании услуги при наличии у Пациента медицинских противопоказаний, а равно если это лечение не соответствует требованиям технологий, не соответствует действующим стандартам, а равно может вызвать нежелательные последствия.

3.4.7. Изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте Исполнителя в сети интернет www.dr-prof.ru и на информационных стендах Исполнителя.

3.4.8. Получать от Пациента информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В том числе, требовать своевременного предоставления информации о состоянии здоровья Пациента (ранее перенесенных и наследственных заболеваний, противопоказаниях по применению лекарственных средств и т.п.), необходимой для оказания медицинских услуг согласно настоящему Договору.

3.4.9. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.4.10. Производить медицинское вмешательство без согласия Пациента или иного законного представителя в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной Договором.

3.4.11. Отказаться от предоставления Услуг (или установить другое время для оказания):

- на основании письменного отказа Пациента от медицинского вмешательства;
- в случае невыполнения Пациентом условий Договора;
- в случае выявления противопоказаний для лечения и/или исследования, манипуляции и/или процедуры;
- в случае явки Пациента для оказания Услуг в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения, иного нарушения внутреннего распорядка;
- в случае необоснованной неявки Пациента в назначенный срок для оказания Услуги.

Установление Потребителю другого времени для оказания Услуг решается Сторонами.

3.4.12. С согласия Пациента, оказывать Пациенту дополнительные Услуги, не предусмотренные Договором, о чем Пациент, должен быть заранее предупрежден в устной или письменной форме.

3.4.13. Выдавать рецепты на лекарственные препараты, справки, медицинские заключения в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3.4.14. Создавать локальные информационные системы, содержащие данные о пациентах и об оказываемых им медицинских услугах, с соблюдением установленных законодательством Российской Федерации требований о защите персональных данных и соблюдением врачебной тайны.

3.4.15. Обрабатывать и передавать персональные данные и предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя в соответствии с законодательством РФ.

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

3.5. Пациент имеет право:

3.5.1. Получать от Исполнителя Услуги, предусмотренные настоящим Договором, соответствующие порядкам оказания медицинской помощи, стандартам оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациям, в условиях, отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям

3.5.2. Получать информацию:

- о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, с учетом необходимости соблюдения врачебной тайны;
- об используемых при предоставлении Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие;
- о состоянии здоровья, о рекомендациях до и после процедур, о результатах оказания медицинских услуг, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях, об исходах и прогнозах медицинских вмешательств, иную информацию о платных медицинских услугах в соответствии с требованиями Правил оказания медицинскими организациями платных медицинских услуг.

3.5.3. Предоставить Исполнителю подписанное Согласие на обработку персональных данных (Приложение №4 к настоящему Договору).

3.5.4. На выбор лечащего врача с учетом получения согласия врача осуществлять лечение Пациента по нормам статьи 70 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

3.5.5. На проведение по просьбе Пациента заседания врачебной комиссии и консультаций других специалистов Исполнителя по вопросам, связанным с качеством предоставления услуг.

3.5.6. Получать выписки или копии из медицинской документации в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

3.5.7. На дачу отказа в письменном виде от медицинского вмешательства.

3.5.8. На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии своего здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при обследовании и лечении.

3.5.9. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору самостоятельно оплатить оказанные услуги.

3.5.10. Определять круг лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.

3.5.11. Получать от Исполнителя защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

3.5.12. Получать профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинской организации в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

3.5.13. Получать консультации врачей-специалистов.

3.5.14. Получать облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами.

3.5.15. Отказаться от исполнения Договора полностью или частично, подписав отказ от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги, при условии оплаты фактически понесенных Исполнителем расходов.

3.5.16. Получить от Исполнителя возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

3.5.17. Требовать соблюдения иных своих прав в сфере здравоохранительной деятельности, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3.5.18. В случаях возникновения конфликтных ситуаций обратиться к руководителю Исполнителя.

3.5.19. Направлять возможные обращения (жалобы) к Исполнителю в письменной форме на почтовый или электронный адрес, указанный в Договоре. Ответ на обращение (жалобу) направляется Исполнителем в соответствии с Федеральным законом от 02.05.2006 № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации».

3.5.20. Пациент (Потребитель) и Исполнитель обладают иными правами и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

3.6. Заказчик имеет право:

3.6.1. Знакомиться со всей медицинской документацией по настоящему Договору, получать сведения о состоянии здоровья Пациента и его персональные данные при условии сохранения конфиденциальности. Пациент, подписывая настоящий Договор, дает Заказчику право на ознакомление с медицинской документацией, необходимое для осуществления оплаты услуг по настоящему Договору.

3.6.2. Запрашивать акты выполненных услуг, акты сверки и иные документы, относящиеся к предмету Договора.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

4.1. Заказчик обязан оплатить оказанную (ые) Исполнителем услугу (и) в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором. Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату: контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности.

4.2. Заказчик производит оплату медицинских услуг по Счету в соответствии с Прейскурантом Исполнителя на день оказания услуг одним из следующих способов: наличными денежными средствами в кассу, безналичным перечислением денежных средств на расчетный счет, с использованием платежного терминала Исполнителя и банковских карт.

4.3. Оплата услуг Исполнителя по настоящему Договору производится Заказчиком по Счету Исполнителя **в российских рублях** в полном объеме 100% при заключении Договора с Исполнителем в день получения услуги.

Если по результатам приема медицинский специалист Исполнителя направляет Пациента с его согласия на процедуру, которая может быть оказана сразу после приема, а Пациенту удобно ее получить до оплаты, информация о данной услуге вносится в медицинскую карту Пациента и выдается Счет с указанием проведенной процедуры, который подлежит оплате в день получения услуги.

4.4. Исполнитель вправе изменять стоимость услуг, размещая данную информацию в Прейскуранте на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: www.dr-prof.ru и на информационных стендах Исполнителя. Пациент и Заказчик соглашаются с этим правом Исполнителя и признают для себя указанный порядок надлежащим способом доведения информации о стоимости услуг.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

4.5. Услуги оказываются Исполнителем с использованием собственного медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, косметических, лекарственных средств. Исполнитель полностью отвечает за их надлежащее качество при оказании услуг Пациентам.

4.6. При досрочном расторжении Договора делается перерасчет за фактически оказанные услуги и возврат остатка ранее внесенного аванса Заказчику наличными или на расчетный счет в банке в срок до 10 рабочих дней включительно.

4.7. В случае если Пациент проходит лечение у Исполнителя в соответствии с полисом добровольного медицинского страхования, в соответствии с направлением от страховой компании, ему известно и понятно, что оплату за такие услуги производит страховая организация, выдавшая данное направление на лечение у Исполнителя. В случае отказа данной страховой организации от оплаты лечения Пациента в рамках полиса добровольного медицинского страхования, после фактически оказанных медицинским услуг Исполнителем Пациенту, обязанность по оплате услуг возлагается на Пациента в соответствии с выставленным счетом Исполнителя.

4.8. По окончании оказания услуг по настоящему Договору, Пациент подписывает Заключение, Заказчик подписывает Акт по Договору на оказание медицинских услуг, предоставленные Исполнителем. В Акте указывается объем и стоимость оказанных медицинских услуг. В Заключении даются рекомендации и назначения по дальнейшему лечению Пациента.

4.9. Исполнитель оставляет за собой право направить Заказчику Акт выполненных работ по Договору заказным письмом по адресу, указанному в настоящем Договоре, с описью вложения и уведомлением о вручении.

4.10. Датой получения документов, указанных в п. 4.8. настоящего Договора, является 5 (Пятый) день с момента сдачи в отделение почтовой связи, в случае направления посредством почтовой связи, или дата вручения Пациенту и Заказчику или их представителю.

4.11. В течение 3 (Трех) дней с даты получения документов, указанных в п. 4.8., Пациент и Заказчик обязаны их подписать и направить Исполнителю, либо направить в адрес Исполнителя мотивированный отказ от приемки оказанных медицинских услуг. Основаниями отказа в приемке являются несоответствие оказанных медицинских услуг порядку оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, действующим на территории Российской Федерации, а также условиям настоящего Договора и приложений к нему, подтвержденные документально.

4.12. По истечении 5 (пяти) дней с момента получения Акта по месту оказания услуги или уведомлении письмом при отсутствии подписанного Заключения и Акта или мотивированного отказа Пациента и Заказчика, Заключение и Акт считается подписанным, а медицинские услуги - оказанными надлежащим образом и в установленные настоящим Договором сроки.

4.13. В случае возврата документов, указанных в п. 4.10., в связи с невручением адресату, Заключение по Договору считается подписанным в связи с добросовестным исполнением Исполнителем обязательств по направлению документов по адресу, указанному Пациентом и Заказчиком в Договоре.

4.14. В случае отказа Пациента, Заказчика от получения Услуг Договор расторгается. В этом случае Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4.15. Возврат излишне уплаченных Заказчиком денежных средств осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней после предоставления Заказчиком Исполнителю заявления на возврат денежных средств установленного образца и предъявления документа, удостоверяющего личность. В случае обращения

за возвратом представителя Пациента, Заказчика, его полномочия должны быть подтверждены доверенностью, удостоверенной нотариально.

4.15.1. Возврат денежных средств, оплаченных Заказчиком в кассу Исполнителя в безналичной форме банковскими картами через POS-терминал, производится Исполнителем в безналичной форме владельцу банковской карты, с которой произведена оплата, по соответствующему заявлению Пациента, Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам.

4.15.2. Возврат денежных средств, оплаченных Заказчиком в наличной и/или безналичной форме через терминалы приема платежей или банкомат, производится Исполнителем в безналичной форме по соответствующему заявлению Пациента, Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам.

4.15.3. Возврат денежных средств, оплаченных Заказчиком в наличной форме через кассу Исполнителя, производится Исполнителем в наличной форме в кассе Исполнителя по соответствующему заявлению Пациента, Заказчика.

4.15. В случае непредоставления Услуг по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, а также в случае одностороннего отказа Пациента от Услуг, денежные средства возвращаются Исполнителем Заказчику за вычетом фактически понесенных исполнителем расходов по выполнению Договора (ч. 3 ст. 781, ст. 782 Гражданский кодекс РФ).

В случае невозможности оказания Услуг, возникшей по вине Пациента, Заказчика вследствие виновного неисполнения или препятствования к исполнению им требований пунктов 3.3.11 Договора, возврат стоимости Услуг не осуществляется (ч. 2 ст. 781 Гражданский кодекс РФ).

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Оплата медицинских услуг Пациентом путем перевода средств на счет третьего лица, не освобождает Исполнителя от обязанности осуществить возврат уплаченной Пациентом суммы как при отказе от исполнения Договора, так и при оказании услуг ненадлежащего качества.

5.3. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

5.4. Обязанности по оплате услуг по Договору за лечение Пациента (Потребителя) исполняет Заказчик. В случае отказа Заказчика от оплаты услуг по Договору данная обязанность оплаты оказанных услуг в полном объеме возлагается на Пациента независимо от причин отказа Заказчика оплачивать услуги.

5.5. При возникновении претензии по качеству оказанной медицинской услуги Пациент подает ее в письменной форме на почтовый адрес Исполнителя или адрес электронной почты Исполнителя, указанные в разделе настоящего Договора «Реквизиты Сторон». В претензии должны содержаться сведения, достаточные для идентификации Пациента (Ф.И.О, дата предоставления медицинской услуги и ее вид), а также суть претензии и контактные данные для оперативной связи с Пациентом (телефон, почтовый адрес, адрес электронной почты).

5.6. В случае поступления претензии от Пациента Исполнитель направляет ему ответ в отношении заявленных требований в сроки, установленные для удовлетворения требований Пациента Законом Российской Федерации от 07.02.1992 г. №2300-1ФЗ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии – в 10-ти (Десяти) дневный срок со дня получения претензии. Ответ направляется по адресу электронной почты, указанному Пациентом в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получения Пациентом.

5.7. Исполнитель несет перед Пациентом, Заказчиком ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ, за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

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

5.8. Пациент, Заказчик несут ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.9. Пациент, Заказчик несут ответственность за нарушение условий Договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.10. В случаях, предусмотренных пунктами 5.8, 5.9 Договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением проведения лечения по жизненным показаниям (экстренной помощи).

5.11. Пациент, Заказчик несут ответственность за причинение ущерба имуществу Исполнителя, если это явилось следствием его виновных действий. Причиненный ущерб возмещается в соответствии с требованиями законодательства РФ.

5.12. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязанностей по Договору, если будет доказано, что негативные последствия произошли вследствие (ст. 1064 Гражданский кодекс РФ):

- сокрытия Пациентом противопоказаний к проведению медицинского вмешательства;
- не проведения / отказа от проведения Пациентом подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам;
- несоблюдения Пациентом указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения;
- индивидуальных особенностей течения заболевания и/или особенностей организма;
- нарушения Пациентом иных обязательств по Договору.

5.13. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, эпидемии, запретительные меры органов государственной власти, 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.

6. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

6.1. При возникновении споров Стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров.

6.2. Все споры, разногласия и требования, возникающие из настоящего Договора или в связи с ним, в том числе касающиеся его исполнения, нарушения, прекращения и недействительности, подлежат Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

урегулированию в том числе с применением процедуры медиации с участием медиаторов, в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2010 г. №193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедура медиации)»

6.3. Обращения (жалобы, претензии) Пациент и Заказчик могут направить на почтовый адрес Исполнителя: 115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2 следующим способом: заказным письмом с уведомлением о вручении, а также по адресу электронной почты Исполнителя, указанному в разделе настоящего Договора «Реквизиты Сторон», или лично путем обращения Пациента или Заказчика в медицинскую организацию.

6.4. При не достижении согласия Сторон, споры разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. Территориальная подсудность споров при подаче исков по защите своих прав Пациентом или Заказчиком - физическим лицом определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.5. Стороны обязуются соблюдать обязательный досудебный порядок урегулирования спора. Претензия подлежит рассмотрению в течение 10 (десяти) дней с момента получения ее Стороной, при этом претензия считается доставленной – в день вручения адресату заказного письма, либо в день удостоверения работником почтовой службы факта отсутствия адресата по указанному адресу, либо возврата заказного письма в связи с истечением срока его хранения.

6.6. Споры между Заказчиком – юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем и Исполнителем решаются в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации. Претензионный порядок разрешения споров обязателен. В случае не достижения согласия, споры передаются на рассмотрение Арбитражного суда Российской Федерации по месту нахождения Исполнителя.

6.7. В случае возникновения разногласий между Исполнителем, Заказчиком и Пациентом по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами рассматривается Врачебной комиссией Исполнителя, в том числе с привлечением сторонних специалистов. Все претензии Стороны оформляют в письменном виде.

6.8. Понимая субъективность оценки результатов медицинских услуг, Стороны договорились проводить оценку результатов не ранее сроков, указанных в Информированном добровольном согласии на оказание платных медицинских услуг, путем оценки результатов на совместном заседании Пациентом, Заказчиком и Врачебной комиссии Исполнителя.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Содержание, сроки и объем лечения согласовываются Сторонами устно и письменно.

7.2. Оригиналы всех медицинских документов Исполнителя являются собственностью Исполнителя. Пациенту и Заказчику не выдаются. Пациент имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в сроки и на условиях, определяемых законодательством Российской Федерации. По письменному требованию Пациента ему может предоставляться их копия или выписка.

7.3. Пациент, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ “О персональных данных”, вправе предоставить Исполнителю свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, гражданство, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

целях уведомления об услугах и акциях Исполнителя по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС, сбора статистической информации, контроля качества лечения. Пациент уведомлен о необходимости медицинского фото- и видеопотоколирования этапов оказания платных медицинских услуг и имеет право предоставить или не предоставить свое согласие. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения Договора. В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения.

Настоящее согласие действует в течение срока со дня его подписания до дня отзыва Пациентом в письменном виде.

7.4. Исполнитель не вправе отказывать Пациенту в заключении, исполнении, изменении или расторжении Договора, в связи с отказом Пациента предоставить персональные данные, за исключением случаев, если обязанность предоставления таких данных предусмотрена законодательством Российской Федерации или непосредственно связана с исполнением Договора.

7.5. Подписывая данный Договор, Пациент подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, в том числе по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

7.6. Исполнителем после исполнения Договора об оказании платных медицинских услуг выдаются Пациенту (законному представителю) копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние его здоровья 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. Указанная информация предоставляется бесплатно, в сроки, установленные нормативными правовыми актами Минздрава России.

7.7. Заключение договора добровольного медицинского страхования и оплата медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с указанным договором, осуществляются в соответствии с Гражданским кодексом РФ и Законом РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации". В случае лечения Пациента по договору добровольного медицинского страхования все услуги, относящиеся к страховому случаю (подтверждается страховым полисом и направлением от страховой компании), оплачиваются страховой компанией. Прочие оказанные платные медицинские услуги, на которые не распространяется действие страхового полиса ДМС, оплачиваются Пациентом в соответствии с условиями настоящего Договора.

7.8. Подписывая настоящий Договор, Пациент, Заказчик наделяют Исполнителя правом, при необходимости, провести оценку качества, оказанных Пациенту медицинских услуг, разрешая при этом передачу врачам, проводящим оценку качества, персональных данных и информации о состоянии своего здоровья, содержащейся в медицинской карте с условием сохранения ими персональных данных и медицинской тайны.

В процессе оказания медицинской помощи Пациент дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования и лечения.

7.9. Для целей оказания медицинских услуг Исполнителю предоставляется право осуществлять обмен (прием и передачу) персональных данных с иными медицинскими организациями, органами государственной и муниципальной власти, а также в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано Пациентом в письменном виде - заказным письмом.

7.10. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора.

7.11. Подписывая данный Договор, Пациент, Заказчик подтверждают, что делают это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлены и согласны с правилами поведения пациентов в клинике Исполнителя, с Правилами оказания медицинских услуг, их перечнем и стоимостью.

7.12. Изменения условий настоящего Договора возможны только путем составления Дополнительного соглашения и его подписания всеми сторонами Договора.

7.13. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Заказчика, Пациента, по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству Российской Федерации.

7.14. Стороны согласовали подписание настоящего Договора Исполнителем при помощи факсимильного воспроизведения подписи в соответствии с пунктом 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

7.15. Пациент и Заказчик заверяют и гарантируют, что в установленном законом порядке обладают всеми необходимыми правами и полномочиями по заключению настоящего Договора, а в случае нарушения указанных заверений и гарантий самостоятельно понесут риск всех связанных с этим негативных последствий.

7.16. Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановление Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» размещены на официальном сайте Исполнителя по адресу: www.dr-prof.ru и информационном стенде Исполнителя.

7.17. Информационный стенд Исполнителя находятся по адресу: 115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2.

7.18. Стороны соглашаются, что для обмена информацией, которая не требует защиты от несанкционированного доступа, может использоваться электронная почта (адреса электронной почты Сторон указаны в разделе 11 настоящего Договора). Однако Стороны также соглашаются с тем, что электронная почта не является защищенным каналом связи и не гарантирует конфиденциальность информации. Стороны понимают, что информация, пересылаемая по электронной почте, может быть просмотрена третьими лицами и не может быть использована для передачи конфиденциальных данных. Обмен конфиденциальной информацией Сторонами возможен при личной встрече. В случае утечки информации через электронную почту, Стороны не будут нести ответственность.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПРИОСТАНОВЛЕНИЕ, ИЗМЕНЕНИЕ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует (в зависимости от того, какое обстоятельство наступит раньше): в течение одного календарного года или до исполнения Сторонами своих обязательств. Если за 10 календарных дней до истечения срока действия настоящего Договора ни одна из Сторон не известит в письменной форме другую Сторону о намерении расторгнуть настоящий Договор, он пролонгируется на тех же условиях на следующий календарный год.

8.2. Все приложения и дополнительные соглашения, указанные в настоящем Договоре и созданные Сторонами в процессе действия Договора, рассматриваются Сторонами как неотъемлемые составные части настоящего Договора. Изменения и дополнения настоящего Договора возможны только путем составления письменного Приложения или Дополнительного соглашения и его подписания всеми Сторонами Договора.

8.3. Действие настоящего Договора может быть приостановлено в связи с обстоятельствами, не зависящими от воли Сторон (форс-мажор: стихийные бедствия, военные действия, эпидемии, запретительные меры органов государственной власти и т.п.).

8.4. Расторжение договора возможно по факту выполнения Сторонами всех обязательств по Договору, по инициативе Пациента, Заказчика по окончании срока действия, по решению суда либо по иным причинам согласно законодательству Российской Федерации. При заключении Договора дистанционным способом отказ Пациента от исполнения Договора может быть оформлен также способом, используемым при его заключении - дистанционно.

8.5. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Пациентом в случае его отказа от медицинского вмешательства и дальнейшего получения медицинской услуги в установленном законодательством порядке. В этом случае Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

8.6. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке Исполнителем в случае письменно подтвержденной Исполнителем реальной невозможности выполнить свои обязательства по данному договору либо когда по медицинским показателям услуга принесет вред жизни (здоровью) Пациента или может содержать в себе неоправданный риск наступления подобных последствий в установленном законодательством РФ порядке.

8.7. Любое сообщение, необходимое или допускаемое по настоящему Договору, направляется адресату по электронной почте либо посредством почтовой связи по адресам, указанным в Договоре. Сообщения считаются полученными Стороной, которой оно адресовано:

- при доставке курьером – с даты фактического вручения Стороне под роспись;
- при доставке по почте – с даты, указанной в уведомлении о вручении;
- при доставке по e-mail – с даты, указанной в уведомлении о доставке.

8.8. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.9. Стороны обязуются немедленно уведомлять друг друга об изменениях своих адресов и реквизитов.

9. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПАЦИЕНТУ (ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПАЦИЕНТА) ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА ИСПОЛНИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (КОПИИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ВЫПИСКИ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ)

9.1. Ознакомление Пациента или его законного представителя с медицинской документацией, выдача справок и медицинских заключений, предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них, отражающих 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, производится без взимания дополнительной платы, согласно положениям действующего законодательства РФ и локальных нормативных актов, которые могут быть изданы Исполнителем.

9.2. При поступлении заявления от Пациента на предоставление копий медицинских документов (выписка из медицинских документов) в период нахождения Пациента на амбулаторном лечении у Исполнителя, указанные документы предоставляются в течение 10 рабочих дней.

10. УВЕДОМЛЕНИЕ

о несоблюдении указаний (рекомендации) лечащих врачей

В соответствии с пунктом 24 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736)

Я, _____ уведомлен Исполнителем ООО "МЕДИЦИНА", в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00320824 от 24.04.2018 года выдана Департаментом здравоохранения г. Москвы (107023, РФ, г. Москва, площадь Журавлева, д.12, тел. +7(495) 652-82-46), сроком действия «бессрочно», ОГРН 1117746299714 зарегистрировано 15.04.2011 г. в Межрайонной ИФНС № 46 по г. Москве ИНН 7717698110, о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 Пациента (Потребителя).

Подпись

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

дата

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____



Бизнес Центр PORTPLAZA
Проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2
ОГРН 1117746299714 ИНН 7717698110
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№Л041-01137-77/00320824 от 24.04.2018 г.
Тел.: +7(985)971-53-45
E-mail: doctor.proff@mail.ru
Сайт: www.dr-prof.ru

11. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Общество с ограниченной ответственностью
«МЕДИЦИНА» (ООО «МЕДИЦИНА»)
Лицензия № Л041-01137-77/00320824 от
24.04.2018 г.

Юр. адрес: 115432, г. Москва,
проезд Проектируемый 4062-й, дом 6,
строение 2

Факт. адрес: 115432, г. Москва,
проезд Проектируемый 4062-й, дом 6,
строение 2

Тел: +7(985)971-53-45

Эл.почта: doctor.proff@mail.ru

ОГРН 1117746299714

ИНН/КПП 7717698110/772501001

ОКТМО: 45358000000

Банк: ПАО Сбербанк России г. Москва

Расчетный счет: 40702810538000110294

Корр. счет: 30101810400000000225

БИК: 044525225

ОКВЭД 86.22

Главный врач

ООО «МЕДИЦИНА»

_____(О.Ю. Малинина)

М.П.

ПАЦИЕНТ:

ФИО

Паспорт серия: XX номер: XX

Выдан: XXX., дата выдачи: XXX

Адрес **места жительства:**

тел.(дом.): 7XXX

тел. (моб.): 7-XXX

электронная почта: XXX

подпись

Ф.И.О

ЗАКАЗЧИК:

_____/_____/



Бизнес Центр PORTPLAZA
Проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2
ОГРН 1117746299714 ИНН 7717698110
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ЛО41-01137-77/00320824 от 24.04.2018 г.
Тел.: +7(985)971-53-45
E-mail: doctor.proff@mail.ru
Сайт: www.dr-prof.ru

Приложение №1
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202_г.

г. Москва

«__» _____ 202_г.

Счет за оказанные медицинские услуги с расшифровкой

Врач: _____
(Ф.И.О)

Счет № _____ за оказанные медицинские услуги Дата: _____

Пациент: _____ № медицинской карты: _____
(Ф.И.О)

Платательщик: _____
(Ф.И.О)

В соответствии с п.1.1. Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 202_г., заключенного между Исполнителем и Пациентом, Стороны договорились о нижеследующем: Исполнитель обязуется оказать Пациенту, а Пациент оплатить следующие услуги:

№п/п	Наименование медицинских услуг	Количество	Цена за 1 ед. (руб.)	Общая стоимость (руб.)	Дата оказания услуги в полном объеме
1.					
2.					
3.					

Частичная оплата: _____ **Всего к оплате** _____

Администратор-кассир _____
(подпись)

Пациент (Потребитель) _____ / _____ /
(подпись) (Ф.И.О)

Сохраняйте Ваш кассовый чек!

Заказчик: _____ / _____ /

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

Приложение №2
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202__ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(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. № 390н¹ (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

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 Федерального 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:

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

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

(подпись)

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

(подпись)

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

« ____ » _____ Г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо
законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)
в отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия
законным представителем)
« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения пациента при подписании
законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)
в соответствии со статьей 20 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 г. №323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявлением выражаю
информированное добровольное согласие на медицинские вмешательства, в том числе 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. № 390н, при
оказании *мне/лицу, законным представителем которого я являюсь* (нужное подчеркнуть),
медицинской помощи.

1. В ходе оказания медицинской помощи *мне/представляемому лицу* (нужное подчеркнуть) могут проводиться, в том числе, следующие медицинские вмешательства:

- 1.1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- 1.2. Осмотр, в том числе пальпация (метод врачебного исследования прощупыванием), перкуссия (метод врачебного исследования простукиванием), визуальный осмотр состояния кожных покровов.
- 1.3. Антропометрические исследования (измерение роста, веса, других размеров тела).
- 1.4. Термометрия (измерение температуры тела).
- 1.5. Тонометрия (измерение давления).
- 1.6. Ультразвуковые исследования.
- 1.7. Инвазивные: введение лекарственных препаратов.
- 1.8. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

2. Мне даны разъяснения, которые мною осознаны и мне понятны:

2.1. О целях медицинского вмешательства: методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; о возможных вариантах видов медицинского вмешательства; о последствиях медицинского вмешательства, в т.ч. о вероятности развития осложнения; о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи; о том, что *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) предстоит делать во время проведения медицинского вмешательства; о возможных последствиях отказа от предполагаемого медицинского вмешательства;

2.2. О планируемом объеме и тактике медицинских вмешательств, а также о том, что они могут быть изменены в силу специфики медицинских услуг в зависимости от индивидуальных особенностей организма пациента, состояния его здоровья и т.п.;

2.3. О том, что отказ от лечения, от выполнения назначений и рекомендаций врачей, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема назначаемых лечащим врачом препаратов, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс оказания медицинской помощи/лечения, снизить качество оказываемой медицинской помощи и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

2.4. О необходимости *проинформировать* врача обо всех известных *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) данных о состоянии здоровья, в т.ч. об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в семье, травмах, операциях, об экологических и производственных факторах физической, химической и биологической природы, воздействующих на *меня\ представляемого*

(нужное подчеркнуть) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах, о наследственности, употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, а также иных, сообщить любые сведения, которые могут повлиять на качество оказываемой медицинской помощи;

2.5. О том, что проводимое лечение не гарантирует 100%-ый результат и что при проведении медицинских манипуляций и после них, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения, что используемая технология и тактика медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, обусловленных биологическими особенностями организма, а также существует возможность непреднамеренного причинения вреда здоровью.

2.6. О том, что в случаях несоблюдения предписаний врача, отказа от проведения необходимых обследований, исследований, осмотров и консультаций врачей-специалистов, нарушения Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг в Клинике, в том числе Правил поведения пациентов в Клинике, врачом по согласованию с Главным врачом, может быть принято решение об отказе от наблюдения за пациентом и его лечения, если это не угрожает жизни пациента.

2.7. О том, что **я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств** или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме до начала медицинских манипуляций и хранится в медицинской документации Клиники.

3. Я подтверждаю:

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

- что мне понятен смысл всех терминов, употребленных в настоящем Соглашении;
- что я имел(а) возможность задать и получить ответы на все интересующие меня вопросы, связанные с оказанием *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) медицинской помощи, в т.ч. в области медицины;
- что ознакомлен(а) с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг Исполнителем, в том числе с правилами внутреннего распорядка для пациентов, а также с Прейскурантом Исполнителя и порядком оплаты услуг в Клинике;
- что осознаю, что в силу специфики медицинских услуг, их стоимость и объем в любом случае могут быть определены как предварительные и их окончательная стоимость и объем определяются, исходя из фактически оказанных с моего согласия медицинских услуг на момент окончания их исполнения.

На основании вышеизложенного, я добровольно и осознанно принимаю решение об оказании *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) платных медицинских услуг в Клинике и даю информированное добровольное согласие на проведение всех необходимых медицинских вмешательств, связанных с оказанием *мне\представляемому* (нужное подчеркнуть) медицинской помощи, а также необходимых по медицинским показаниям дополнительных медицинских вмешательств, которые могут потребоваться по состоянию здоровья.

Данное мной информированное добровольное согласие действительно в течении всего срока оказания медицинской помощи (предоставления медицинских услуг) в Клинике.

Пациент/Законный представитель Пациента _____ / _____ /
(подпись) Ф.И.О

Дата: «__» _____ 202__ г.

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____

Приложение №3
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202__ г.

План лечения, этапы, примерные сроки реализации и стоимость услуг в рублях.

Этап №1

№п\п	Наименование услуги	Количество	Цена	Стоимость

Итого:

Этап №2

№п\п	Наименование услуги	Количество	Цена	Стоимость

Итого:

Этап №3

№п\п	Наименование услуги	Количество	Цена	Стоимость

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____



Бизнес Центр PORTPLAZA
Проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2
ОГРН 1117746299714 ИНН 7717698110
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№Л041-01137-77/00320824 от 24.04.2018 г.
Тел.: +7(985)971-53-45
E-mail: doctor.proff@mail.ru
Сайт: www.dr-prof.ru

--	--	--	--	--

Итого:

Всего предполагается оказать платных медицинских услуг на сумму: _____

План лечения может быть дополнен и изменен по согласованию с Пациентом и в соответствии с медицинскими показаниями. В случае несогласия пациента с обязательными изменениями Плана лечения по медицинским показаниям или изменением его стоимости лечение прекращается и делается перерасчет с оплатой фактически оказанных услуг.

- Ориентировочный срок реализации этапа №1 – _____
- Ориентировочный срок реализации этапа №2 – _____
- Ориентировочный срок реализации этапа №3 – _____
- Ориентировочные сроки лечения по данному плану составляют- _____.

Мне понятен план, объем и срок лечения, возможные осложнения на всех этапах лечения, возможность возникновения необходимости дополнительных обследований, изменения сроков лечения, дополнительной оплаты за иные услуги в случае возникновения медицинских показаний. Мне разъяснили значение всех слов и медицинских терминов, связанных с реализацией плана лечения. Я имел(а) возможность задать любые вопросы врачу и получил(а) ответы на все вопросы, касающиеся предстоящего лечения и полностью доверяю квалификации медицинских специалистов ООО «МЕДИЦИНА»

С планом лечения ознакомлен и согласен: Пациент _____

Заказчик: _____

Врач: _____

Дата: _____.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

Приложение №4
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202__ г.

Согласие Пациента (его представителя) ООО «МЕДИЦИНА» на обработку его персональных данных с целью взаимодействия

Я, Ф.И.О: _____, адрес: _____, основной документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, действуя своей волей и в своих интересах, даю согласие ООО «МЕДИЦИНА» (адрес местонахождения: 115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2):

- моих персональных данных,
- предоставленных мною персональных данных моего (моей) _____

(указать кем приходится)

ФИО: _____, адрес: _____, основной документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ серия _____ номер _____, дата выдачи _____, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; адрес места пребывания; номер контактного телефона; контактный адрес электронной почты; номер карты пациента; реквизиты полиса ДМС (при наличии); реквизиты договора на оказание платных медицинских услуг; сведения о периоде обслуживания в ООО «МЕДИЦИНА»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО «МЕДИЦИНА»; время и дата обращения за оказанием медицинских услуг, с целью:

- взаимодействия со мной при обращении в ООО «МЕДИЦИНА».

Поручение обработки моих персональных данных осуществляется: ООО «МЕДИЦИНА», 115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2.

Настоящее Согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием ООО «МЕДИЦИНА» мне или лицу, которое я представляю. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Срок действия Согласия соответствует сроку хранения первичных медицинских документов, если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

«__» _____ 202__ г.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

Согласие Пациента (его представителя) ООО «МЕДИЦИНА» на обработку персональных данных с целью их размещения

Я, Ф.И.О.: _____, адрес: _____,
_____, основной документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, действую своей волей и в своих интересах, даю согласие ООО «МЕДИЦИНА» (адрес местонахождения: 115432, г. Москва, проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2):

- моих персональных данных,
- предоставленных мною персональных данных моего (моей) _____
(указать кем приходится)

ФИО: _____, адрес: _____, основной документ, удостоверяющий личность: серия _____ № _____, дата выдачи _____, орган, выдавший документ: _____, представителем которого я являюсь на основании доверенности (или иного документа, подтверждающего полномочия) _____ серия _____ номер _____, дата выдачи _____, на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, доступ, хранение, обновление, изменение, извлечение, использование, блокирование, удаление, обезличивание, уничтожение) с использованием средств автоматизации и без использования средств автоматизации моих нижеперечисленных персональных данных:

- фамилия, имя, отчество; дата рождения; адрес места жительства; информация о состоянии здоровья; сведения о периоде обслуживания в ООО «МЕДИЦИНА»; сведения о правовом основании на получение медицинской помощи от ООО «МЕДИЦИНА»; фотографическое изображение; запись видеозображения субъекта и его речи с целью их размещения в общедоступных источниках:

- www.dr-prof.ru

для организации и проведения ООО «МЕДИЦИНА» мероприятий, направленных на повышение узнаваемости и лояльности в отношении ООО «МЕДИЦИНА», а также продвижение услуг ООО «МЕДИЦИНА».

Настоящее Согласие действует со дня его подписания на период выполнения обязательств, связанных с оказанием ООО «МЕДИЦИНА» мне или лицу, которое я представляю, медицинских услуг, и в течение 5 лет с момента выполнения указанных обязательств ООО «МЕДИЦИНА», если оно не было отозвано в соответствии со статьей 9 Федерального закона РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных».

С порядком и возможными последствиями отзыва согласия на обработку персональных данных ознакомлен(а).

« _____ » _____ 202_ г. _____ / _____ /

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____

СОГЛАШЕНИЕ

о предоставлении сервисных услуг

Я, _____ № карты _____
_____, согласен получать следующие сервисные услуги клиники:

№ п\п	Предлагаемые сервисные услуги	Отметка о согласии получить услугу																		
1.	Получение по электронной почте: -уведомлений о записи на прием; - результатов лабораторных исследований; - результатов диагностических исследований по запросу.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (укажите адрес электронной почты. Просьба писать печатными буквами)																		
2.	SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование	+7(____) _____ (укажите номер мобильного телефона)																		
3.	Уведомление по электронной почте об окончании срока действия договора, акциях, сезонных предложениях и пр.	Да\Нет (нужное подчеркнуть)																		
4.	SMS-уведомление с напоминанием об окончании срока действия договора	Да\Нет (нужное подчеркнуть)																		
5.	Ознакомлен(а) с возможностью дополнительных сервисных услуг клиники: 1. Скидка на медицинские услуги. 2. Возможность приобрести подарочный сертификат для знакомых, родственников, друзей для получения услуг клиники. 3. Сопровождение до кабинетов специалистов, если впервые обратился в клинику.	Да\Нет (нужное подчеркнуть)																		

ООО «МЕДИЦИНА» не несет ответственности за неправильно указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты, за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным. Соглашение начинает действовать с момента подписания.

Передача результатов оказания медицинских услуг третьим лицам (в том числе родственникам или членам его семьи) может быть произведена в исключительных случаях:

- при наличии нотариально заверенной доверенности от Пациента (кроме ситуаций, в которых передача персональных данных без его согласия допускается действующим законодательством РФ);

Пациент (Потребитель) _____ Заказчик _____ Исполнитель _____



Бизнес Центр PORTPLAZA
Проезд Проектируемый 4062-й, дом 6, строение 2
ОГРН 1117746299714 ИНН 7717698110
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№Л041-01137-77/00320824 от 24.04.2018 г.
Тел.: +7(985)971-53-45
E-mail: doctor.proff@mail.ru
Сайт: www.dr-prof.ru

- по запросу уполномоченных государственных органов с целью выполнения требований федерального законодательства.

О необходимости заключения договора на получение и оплату платных медицинских услуг предупрежден.

Подпись: _____ / _____ /

Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии.

Ф.И.О сотрудника ООО «МЕДИЦИНА» _____

Подпись _____

«__» _____ 202_г.

Пациент (Потребитель) _____

Заказчик _____

Исполнитель _____