

Потребитель подтверждает, что до подписания договора он информирован 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 потребителя (в соответствии с п. 15 Правил предоставления платных медицинских услуг, утв. Постановлением Правительства № 1006 от 04.10.2012г.). _____ /

ДОГОВОР № **возмездного оказания медицинских услуг**

г. Челябинск

00.00.0000

Общество с ограниченной ответственностью «ПРОТА», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Сумлинского Игорь Валерьевич, действующего на основании Устава с одной стороны, и гражданин(ка) _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, и гражданин(ка) _____ именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с третьей стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги (диагностические, лечебные и иные), далее «Услуги», а Заказчик обязуется их оплатить. Конкретный перечень услуг, их объем и стоимость согласуются сторонами отдельно, в каждом конкретном случае по мере обращения Потребителя (Заказчика) к Исполнителю, и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Услуги оказываются в соответствии с имеющейся лицензией № Л041-01024-74/00326323 на осуществление медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Челябинской области (г. Челябинск, пр-т Ленина, д. 26а, тел. 8 (351) 216-20-90), по следующему перечню: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической.

1.3. Исполнитель уведомляет Потребителя и Заказчика об альтернативной возможности получения Услуг за счет бюджетных и иных средств в рамках программы Государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

2. Обязательства сторон.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Предоставить Потребителю и Заказчику достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях, изложенных в Информированном добровольном согласии на данную медицинскую услугу.

2.1.2. Обеспечить применение только разрешенных к применению в РФ лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.4. Оказывать медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения РФ, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи по желанию с Потребителя и Заказчика.

2.1.5. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.6. Обеспечить надлежащее качество оказанных медицинских услуг, при этом под качеством медицинской услуги понимается характеристика медицинской услуги, свидетельствующая о наличии в услуге потребительских свойств, которые соответствуют нуждам Потребителя и потенциально способны удовлетворить эти нужды непосредственно в момент ее оказания или в иной прогнозируемый временной период после ее окончания. Надлежащее качество услуги определяется совокупностью трех условий:

- Потребителю правильно поставлен диагноз или правильно выявлена потребность в медицинской услуге;
- Исполнителем правильно выбрана медицинская технология, соответствующая диагнозу (или его потребности) с учетом иных значимых медицинских обстоятельств (сопутствующие заболевания, аллергические реакции и т.д.) и финансовым возможностям Заказчика;
- Медицинская технология выполнена с соблюдением обычно предъявляемых к ней требований или требованиям, установленным законом (при их наличии).

2.1.7. При необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, Исполнитель информирует об этом Потребителя и Заказчика, согласовывая их вид, объем и сроки дополнительно.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Предоставить необходимую для Исполнителя известную ему информацию о состоянии своего здоровья: о перенесенных и имеющихся заболеваниях, операциях, травмах; о проведенных ранее обследованиях и лечении; об аллергических реакциях; об иных обстоятельствах, которые могут сказаться на качестве оказываемых Исполнителем услуг.

2.2.2. Соблюдать все назначения и рекомендации Исполнителя для достижения и сохранения результатов лечения.

2.2.3. Немедленно извещать Исполнителя об изменениях в состоянии здоровья в процессе оказания услуг. Заботиться о сохранении своего здоровья.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Самостоятельно определять медицинские технологии (набор медицинских услуг), исходя из клинической ситуации, диагноза, иных значимых медицинских обстоятельств, согласовав их объем, стоимость и сроки выполнения с Потребителем и Заказчиком отдельно.

2.3.2. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с Потребителем направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

2.3.3. Привлекать третьих лиц для оказания Услуг по настоящему договору, согласовав с Потребителем и Заказчиком.

2.3.4. Не приступать к оказанию Услуг, а начатые Услуги приостановить в случае неоплаты (несвоевременной оплаты) Заказчиком Услуг в соответствии с настоящим договором, при условии отсутствия ситуации, угрожающей жизни (экстренная помощь).

2.3.5. Если Потребитель и/или Заказчик, несмотря на своевременное и обоснованное информирование Исполнителем, в разумный срок не изменит указания о способе оказания услуги либо не устранил иных обстоятельств, которые могут снизить качество оказываемой услуги, Исполнитель вправе отказаться от исполнения договора и потребовать полного возмещения убытков (в соответствии с абз. 2 ст. 36 Закона о защите прав потребителей).

2.3.6. На медицинскую технологию, имеющую овеществленный результат, Исполнитель имеет право установить гарантийный срок и (или) срок службы, при этом Исполнитель определяет для Потребителя обстоятельства, которые позволяют их установить, и условия, при которых Исполнитель будет выполнять свои обязательства. Данная информация изложена в Положении о сроках гарантии и сроках службы, с которыми Потребитель и Заказчик ознакомились до подписания настоящего договора.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. На получение полной информации о результатах обследования, наличия заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведенного лечения. Данная информация может быть получена путем предоставления Потребителю на руки выписки из медицинской документации, результатов исследований и пр.

2.4.2. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. Добровольное согласие на проведение определенного вида медицинского вмешательства является необходимым предварительным условием оказания Услуг, и подписание данного документа означает получение им всей необходимой для принятия решения информации.

2.4.3. В любой момент отказаться от дальнейшего оказания медицинских Услуг, подписав при этом Добровольный отказ от медицинского вмешательства, в котором указаны все последствия принимаемого решения. В случае отказа Заказчик обязан оплатить Исполнителю все фактически понесенные расходы.

2.4.4. На выбор лечащего врача с учетом возможностей Исполнителя и согласия врача. Потребитель соглашается с тем, что специальные виды лечения и диагностики будут осуществляться соответствующими специалистами Исполнителя.

2.4.5. На уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала.

2.4.6. Сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении, кроме случаев, предусмотренных законом.

2.5. Заказчик обязуется:

2.5.1. Оплатить услуги Исполнителя на условиях настоящего договора.

3. Цена услуг и порядок расчетов.

3.1. Цена медицинских услуг определяется в соответствии с действующим на момент ее согласования Прейскурантом Исполнителя.

3.2. Оплата услуг производится Заказчиком в рублях в наличной или безналичной формах путем внесения денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо иным, не запрещенным законом способом.

3.3. Оплата медицинских услуг производится Заказчиком в полном объеме в день оказания услуги Потребителю. С согласия Заказчика медицинские услуги могут быть оплачены им при заключении договора

в полном размере или путем внесения аванса. По решению Исполнителя Заказчику может быть предоставлена возможность поэтапной оплаты Услуг.

4. Ответственность сторон.

4.1. Исполнитель, Потребитель, Заказчик несут ответственность друг перед другом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем и Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Заказчик несет ответственность перед Исполнителем и Потребителем за неисполнение обязательств по оплате предоставляемых по настоящему договору услуг.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а так же если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру исполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае несоблюдения Потребителем данных рекомендаций.

5. Срок оказания услуг и срок действия договора.

5.1. Договор вступает в силу со дня подписания его обеими сторонами, и действует до конца текущего года. Если ни одна из сторон не заявит о расторжении настоящего договора до 1 декабря текущего года, договор считается пролонгированным каждый раз на один календарный год.

5.2. Сроки оказания медицинских услуг зависят от вида и объема медицинских услуг, согласованных дополнительно, и определяются требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения (к медицинской технологии).

6. Дополнительные условия.

6.1. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон, в случае нарушения другой стороной принятых на себя обязательств, в соответствии с законодательством РФ, либо по обоюдному согласию. Договор может быть расторгнут по решению Заказчика и/или потребителя при условии оплаты исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору. Договор может быть изменен по соглашению сторон.

6.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем и Заказчиком спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

6.3. Договор составлен в 3-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

6.4. Заказчик и Потребитель ознакомлены с Правилами предоставления платных медицинских услуг Исполнителя, а также с Положением о сроках гарантии и сроках службы, Прейскурантом.

7. Приложение: Приложение № 1 – Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, стоимость и их сроки предоставления.

8. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель:

ООО «ПРОТА»

454091 Челябинская область, г. Челябинск

Ул. Цвиллинга, д.34, оф.60

Тел. 8 (351) 216 20 90

ИНН 7451360337 КПП 745101001

р/сч 40702810290680000167

ОАО Челябинвестбанк г. Челябинск

БИК 047501779

ОГРН 1137451015570

ОКПО 42514552

Потребитель:

Заказчик:

_____/_____

Директор Сумлинский Игорь Валерьевич

(подпись)

М.П.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

ПАЦИЕНТ

Даю согласие ООО «ПРОТА», на обработку персональных данных для осуществления медико-профилактических целей, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицами, профессионально занимающихся медицинской деятельностью и обязанными в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну по следующему перечню персональных данных: фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дата рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица, анамнез, диагноз, сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи, сроки оказания медицинской помощи, объем оказанной медицинской помощи, результат обращения за медицинской помощью, серия и номер выданного листа нетрудоспособности (при наличии), сведения об оказанных медицинских услугах, примененные стандарты медицинской помощи, сведения о медицинском работнике или медицинских работников, оказавших медицинскую услугу.

Предоставляю Оператору право осуществлять ведение персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности.

В случае, если Оператор поручит обработку персональных данных другому лицу, ответственность перед субъектом персональных данных за действия указанного лица несет Оператор. Лицо, осуществляющее обработку персональных данных по поручению Оператора, несет ответственность перед Оператором.

Даю согласие субъекта персональных данных на обработку моих персональных данных (персональных данных предоставляемого мною лица) в течение срока хранения медицинской карты амбулаторного больного (форма медицинской документации № 025/у) - двадцать пять лет.

Оставляю за собой право отозвать согласие субъекта персональных данных (законного представителя) на обработку его персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое будет вручено лично под расписку представителю Оператора или направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении.

Законный представитель субъекта персональных данных

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие

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

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 14 N 390н (далее - Перечень), для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в ООО «ПРОТА» медицинским работником Сумлинским Игорем Валерьевичем, 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 14 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 43, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3432, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 14 N 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)

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

Форма согласия пациента на медицинское вмешательство (хирургическую операцию)

(фамилия, имя, отчество)

находящийся на лечении в ООО «ПРОТА», настоящим даю согласие на проведение лечебных и диагностических мероприятий.

Мне была предоставлена в понятном виде информация относительно моего заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения и возможных осложнениях. Я, получил(а) информацию о моем состоянии здоровья и особенностях течения моей болезни. Мне была предоставлена возможность задавать интересующие меня вопросы по поводу предстоящего оперативного вмешательства, получать на них ответы в доступной для понимания форме.

Я понял(а) цель и характер предстоящего оперативного вмешательства. У меня нет оснований, не доверять или сомневаться в квалификации врачей, выполняющих операцию.

В случае возникновения непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе операции, я согласен(а) на применение тех мероприятий, которые, по мнению оперирующего врача, целесообразны в таком случае.

Я прочитал(а) представленный мне текст общей и частной частей стандарта информирования, а также текст данного согласия и понял их.

Дата		Подпись больного	
------	--	---------------------	--