

**ДОГОВОР**  
**на предоставление платных медицинских услуг**

г. Астрахань

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Новая Клиника», в лице генерального директора Корноухова А.В., действующего на основании Устава и Лицензии на осуществление медицинской деятельности ЛО № 30-01-001552 от 16 сентября 2016г., предоставленной Министерством здравоохранения Астраханской области (г. Астрахань, ул. Татищева 16 «В», тел. 54-16-19) с одной стороны, и гражданина

(фамилия, имя, отчество, сведения о паспорте, места жительства)

именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны (именуемые совместно в дальнейшем также «Стороны»), с учетом положений Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Гражданского кодекса Российской Федерации, Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012г. №1006, а также Правил предоставления платных услуг в ООО «Новая Клиника», заключили настоящий договор (далее- Договор) о нижеследующем:

**1. Предмет Договора**

1.1. По Договору ООО «Новая Клиника» представляет Пациенту с его согласия медицинские услуги с указанием наименования медицинской услуги, применяемых лекарственных препаратов, дозы препаратов и срок годности:

а Пациент получает и оплачивает в установленном порядке и необходимом объеме названные выше услуги, согласно утвержденному Учреждением прейскуранту цен.

1.2. Срок оказания платных медицинских услуг составляет:

дата начала оказания медицинских услуг «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

дата окончания оказания медицинских услуг «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

1.3. Исполнение Сторонами обязательств по Договору оформляется в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

**2. Цена и форма расчета**

**2.1. Цена услуг составляет:**

(цифрами и прописью)

2.2. Оплата за предоставленные Пациенту по договору платные медицинские услуги осуществляется по наличному расчёту непосредственно через кассу ООО «Новая Клиника». Оплата медицинских услуг производится в полном объеме на условиях 100% оплаты, в день оказания услуг.

2.3. При оплате через кассу, ООО «Новая Клиника» в соответствии с законодательством Российской Федерации выдает Пациенту документ (контрольно-кассовый чек или иной бланк строгой отчетности) подтверждающий произведенную оплату за предоставленные ему медицинские услуги.

**3. Обязательства и права Сторон**

**3.1. ООО «Новая Клиника» обязуется:**

- уведомить Пациента, что данная медицинская услуга (далее- услуга) не предусмотрена федеральной (базовой) и (или) территориальной (Астраханской области) программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - программа государственных гарантий) и может быть оказана за плату либо бесплатно если она предусмотрена программами государственных гарантий и может быть оказана в муниципальной поликлинике по месту жительства;

- оказать Пациенту квалифицированную и качественную медицинскую услугу в установленный договором срок;

- на первичном приеме(консультации) предоставить Пациенту достоверную информацию о предоставляемых услугах;

- незамедлительно информировать Пациента об обнаруженной невозможности получить ожидаемые результаты или о нецелесообразности продолжения оказания услуг;

- соблюдать врачебную тайну, а также правила и принципы врачебной этики и деонтологии, не допускать со своей стороны неуважительного отношения к Пациенту;

- получить от Пациента письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора;

- предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению.

**3.2. ООО «Новая Клиника» вправе:**

- в случае возникновения неотложных ситуаций в процессе предоставления предусмотренных Договором медицинских услуг и действуя в условиях крайней необходимости, самостоятельно определять объем исследований,

манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной договором;

- требовать у Пациента сведения, необходимые для качественного оказания медицинской услуги:
- аллергические реакции да \_\_\_\_\_, если да, то какие \_\_\_\_\_  
**нет** \_\_\_\_\_
- реакции на медикаменты да \_\_\_\_\_, если да, то на какие \_\_\_\_\_  
**нет** \_\_\_\_\_
- перенесенные заболевания \_\_\_\_\_
- результаты предыдущего обследования и лечения (проводились или нет и когда)

\_\_\_\_\_

- при необходимости или по просьбе пациента после исполнения договора выдать Пациенту медицинский(е) документ(ы) (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) по полученной платной медицинской услуги.

### **3.3. Пациент обязуется:**

- дать письменное добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство по предмету Договора и согласие на обработку персональных данных;
- строго соблюдать медицинский режим, назначения, рекомендации (в том числе, профилактические и лечебные мероприятия);
- сообщить специалистам ООО «Новая Клиника» сведения (а при необходимости предоставить документы), необходимые для качественного оказания медицинской услуги (аллергических реакций, реакций на медикаменты, перенесенных заболеваний и результатах предыдущего обследования и лечения).
- немедленно извещать лечащего врача ООО «Новая Клиника» о любых осложнениях или отклонениях, возникших в процессе лечения;
- своевременно оплатить стоимость медицинской услуги в порядке и сроки, определенные Договором.

### **3.4. Пациент вправе:**

- на предоставление ему ООО «Новая Клиника» полной своевременной информации о получаемой медицинской услуге;
- требовать предоставления медицинских услуг надлежащего качества, сведений о наличии лицензии, сертификации специалистов ООО «Новая Клиника», представляющих услуги и их стоимости;
- при несоблюдении ООО «Новая Клиника» обязательств по срокам исполнения медицинских услуг:
  - а) назначить новый срок оказания медицинских услуг;
  - б) потребовать исполнения медицинских услуг другим специалистом;
- если Пациент отказался от получения медицинской услуги до её начала, то он может получить уплаченные средства, за предоставление медицинской услуги.

## **4. Ответственность Сторон**

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение взятых по Договору обязательств Стороны несут (с учетом его предмета) ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.2. За вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, ООО «Новая Клиника» несёт ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. ООО «Новая Клиника» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной услуги, в следствие нарушения условий договора другой стороной (нарушение режима, не выполнение рекомендаций специалиста и другие).

4.4. При невозможности ООО «Новая Клиника» оказания услуг, предусмотренных договором, вследствие действия непреодолимой силы (чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств) срок оказания медицинских и иных услуг переносится на период действия таких обстоятельств.

## **5. Порядок разрешения споров**

5.1. Пациент и ООО «Новая Клиника» примут все меры к разрешению их споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из Договора или в связи с ним, путем двухсторонних переговоров. В случае невозможности решить споры и/или разногласия путем двухсторонних переговоров, Стороны решают споры и/или разногласия в претензионном порядке или в судебном порядке, согласно законодательства Российской Федерации.

## **6. Срок действия, условия прекращения (расторжения) и изменения Договора**

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания.

6.2. Договор может быть, досрочно расторгнут по соглашению Сторон, либо по требованию одной из Сторон в порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.3. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

## **7. Прочие условия**

7.1. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг по медицинским показаниям не предусмотренных Договором, Учреждение обязуется предупредить об этом Пациента, без согласия Пациента ООО «Новая Клиника» не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

7.3. Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих каждый равную юридическую силу, по одному экземпляру для ООО «Новая Клиника» и Пациента.

## Уведомление!

ООО «Новая Клиника» уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалиста ООО «Новая Клиника», 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.

Я подтверждаю, что получил (а) от сотрудников Клиники полную информацию о возможности и условиях получения бесплатной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий получения бесплатной медицинской помощи на территории Астраханской области в учреждениях здравоохранения.

Пациент \_\_\_\_\_  
(подпись) \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

### 7. Адреса, платежные реквизиты и подписи Сторон

#### ОРГАНИЗАЦИЯ

НАИМЕНОВАНИЕ.

**000 «Новая Клиника»**

ЮРИДИЧЕСКИЙ АДРЕС:

**г.Астрахань, ул. Красная Набережная д.68 «а»**

**ИНН 3015064997 КПП 301501001**

**ОГРН 1043000701545 ОКВЭД 85.21**

**ОКФС 16 ОКОПФ 65**

**ОКАТО 12401367000 ОКОГУ 49013**

**Рег.номер ЕГРЮЛ 1043000701545**

**р/с 40702810801000015750**

**В Южный филиал ПАО «Промсвязьбанк» г.Волгоград**

**БИК 041806715**

**к/с 30101810100000000715**

**Генеральный директор**

**Корноухов А.В.**

Подпись \_\_\_\_\_

ООО «НОВАЯ КЛИНИКА»

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе медицинской организации для получения медико-санитарной помощи на платной основе**

я, \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированного по адресу: \_\_\_\_\_

(адрес места жительства пациента либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012г. № 390 н зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082 (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Новая Клиника»

Медицинским работником \_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О., медицинского работника)

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 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011г. № 48, ст. 6724; 2012г. № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5, части 3, статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или о состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть).

\_\_\_\_\_  
(ф.и.о. гражданина, контактный телефон)

подпись \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. гражданина или законного представителя)

подпись \_\_\_\_\_  
(ф.и.о. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

## СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_

(серия и номер) (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку

### ООО «НОВАЯ КЛИНИКА»

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Администратор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность), данные полиса ДМС; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях.

В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Администратором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Администратор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление и передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищенных в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищенных в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате, оказанной мне до этого медицинской помощи.

(ф.и.о, гражданина) \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_

Согласие получено « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации (администратор)