

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг № _____

г. Челябинск

«___» _____ 202_ г

ИП Савельева Анастасия Евгеньевна, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Савельевой Анастасии Евгеньевны, действующего на основании государственной регистрации 322745600013299 от 27.01.2022 (ИФНС по Советскому району г. Челябинск), с одной стороны и _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя _____) медицинские услуги, согласно Прейскуранту цен на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденным в установленном порядке, действующим на момент получения услуги, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги в сроки и порядке, указанные в дополнительном соглашении к договору, являющегося его неотъемлемой частью.

1.1.1. Медицинские услуги предоставляются:

- в полном объеме медицинской помощи; длительность проведения лечения, обследования, диагностических манипуляций, определяется порядками и стандартами, на основе клинических рекомендаций, утвержденными в законном порядке.

1.2 Перечень и сроки оказания медицинских услуг, утверждаются дополнительным соглашением к Договору, содержится в медицинской документации Пациента, оригинал которой хранится у Исполнителя, в соответствии с нормами права, регулирующими оказание медицинских услуг.

2. Права и обязанности Сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в объеме, согласованном Сторонами.

2.1.2. Исполнитель обязан предупредить Потребителя, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские услуги.

2.1.6. Исполнитель обязан соблюдать врачебную тайну.

2.2. Потребитель обязуется:

2.2.1. Оплатить предоставленные Исполнителем медицинские услуги.

2.2.2. Предоставить Исполнителю (в лице медицинского работника) все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. обо всех аллергических реакциях, принимаемых лекарственных препаратах, заключения и результаты диагностических обследований, выполненных в других медицинских организациях, которые могут повлиять на ход лечения.

2.2.3. При предоставлении медицинских услуг незамедлительно сообщать Исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги, либо по телефону администратору медицинской организации по номеру +7(351)730-00-04) о любых изменениях самочувствия, в том числе о нежелательных реакциях на применение назначенных лекарственных препаратов, возникших осложнениях после медицинских манипуляций.

2.2.5. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору. В случае возникших причин переноса времени или отмены назначенного визита оповестить Исполнителя по согласованному номеру телефону +7(351)730-00-04 администратору, не менее чем за 2 (два часа) до времени начала их оказания.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. На перенос времени или даты оказания услуги Потребителю в случаях:

- состояния алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

- в случае опоздания Потребителя более чем на 10 (десять) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, без предупреждения Исполнителя за 2 часа до времени оказания услуги.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. В доступной для него форме получать имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагностике, прогнозе, методах лечения, связанном риске, вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.4.2. На устранение недостатков оказанных услуг в разумный срок, согласно статье 30 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей»).

2.4.3. На возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3. Цена и порядок оплаты услуг

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом на момент получения услуги, с которым Потребитель ознакомлен на сайте медицинской организации или у администраторов клиники, до подписания дополнительного соглашения к настоящему Договору.

3.2. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена при получении согласия Потребителя, с учетом уточненного диагноза.

3.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Потребителем в день подписания Приложения с подтверждением факта оказания услуг, любым удобным законным способом.

3.4. Потребитель обязан подписать Приложение с полным перечнем оказанных услуг или представить свои мотивированные возражения в течение 3 (трех) рабочих дней. В случае не предоставления Потребителем мотивированных возражений в указанный срок услуги считаются оказанными в полном объеме и с надлежащим качеством.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях: предоставления Пациентом неполной и (или) искаженной информации о своем здоровье; нарушения графика приема медицинских сотрудников; невыполнение назначений и рекомендации, выданных медицинским работником Исполнителя; самостоятельного лечения Потребителя.

4.3. Потребитель/Пациент подтверждает, что до подписания настоящего Договора Исполнитель, путем размещения информации на интернет сайте медицинской организации: www.limfochel.ru, на стенде - стойке в зале ожидания, через администратора:

- 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;

- ознакомил с Правилами внутреннего распорядка ИП Савельевой Анастасии Евгеньевны, обязательные для исполнения на территории медицинской организации

- уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

4.6. Подписав настоящий Договор, Потребитель/Пациент подтверждает, что он осознает, что медицинские услуги входят в территориальную программу госгарантий и он может их получить бесплатно, но желает получить эту услугу платно в конкретном медицинском центре – ИП Савельевой Анастасии Евгеньевны.

4.7 При возникновении неразрешённых в переговорах разногласий у Сторон по вопросу качества оказанных Пациенту услуг, Потребитель должен предъявить письменную претензию.

4.8. Все споры, возникающие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

5. Порядок изменения и расторжения Договора

5.1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору.

5.2. При отказе Потребителя от получения медицинских услуг по настоящему Договору, Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6. Заключительные положения

6.1. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6.2. Договор вступает в силу даты его заключения и действует до полного выполнения обязательств Сторонами.

7. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:

Индивидуальный предприниматель

Савельева Анастасия Евгеньевна,

454091, г. Челябинск, пр. Ленина, 53-51

Л041-01024-74/00616503, выдана 15.09.22

Министерством Здравоохранения

Челябинской области. +7 (351) 240-22-22,

г. Челябинск, ул. Кирова, 165

ОГРНИП/ИНН

322745600013299/745108005350

Потребитель:

ФИО

Адрес

Данные паспорта

Телефон

ФИО. _____

Руководитель _____ /Савельева А.Е./

Дополнительное соглашение к договору № _____ от _____

г. Челябинск

«__» _____ 202__

ИП Савельева Анастасия Евгеньевна, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Савельевой Анастасии Евгеньевны, действующего на основании медицинской лицензии Л041-01024-74/00616503, выдана 15.09.22 Министерством Здравоохранения Челябинской области. +7 (351) 240-22-22, г. Челябинск, ул. Кирова, 165, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящее дополнительное соглашение нижеследующем:

1. п.1.2. Договора: Исполнитель оказывает Потребителю медицинские услуги, по перечню:

- _____
- _____
- 1.1. Срок оказания медицинских услуг _____
- 1.2. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
2. п.3.1. Договора: Стоимость услуг _____
3. Все остальные пункты договора, не измененные настоящим дополнительным соглашением, остаются в прежней редакции
4. Дополнительное соглашение составлено в 2-х экземплярах, по одному для каждой из сторон.

Исполнитель:

Потребитель:

Услуги оказаны в полном объеме, надлежащего качества, прием осуществлялся в соответствии с согласованным графиком, назначения и рекомендации выданы.

Копии и выписки, отражающие состояние здоровья получены. Претензий к Исполнителю не имею.

Потребитель _____ «__» _____ 202__ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, именуемый в дальнейшем «Субъект персональных данных» разрешает ИП Савельевой Анастасии Евгеньевны, в лице ответственного за обработку персональных данных, далее «Оператор», обработку персональных данных, приведенных в пункте 2 настоящего согласия на следующих условиях:

1. Субъект дает согласие на обработку Оператором своих персональных данных, то есть совершение следующих действий: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, при этом описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», в следующих целях:

- для обеспечения личной безопасности, защиты жизни и здоровья работника;
- в целях ведения финансово-хозяйственной деятельности организации;
- иное (необходимо точное указание целей)

2. Перечень персональных данных, передаваемых Оператору на обработку:

- биографические сведения;
- сведения о месте регистрации, проживании;
- контактная информация;
- паспортные данные;
- иное (необходимо точное указание)

3. В соответствии с пунктом 4 статьи 14 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» субъект персональных данных по письменному запросу имеет право на получение информации, касающейся обработки его персональных данных.

4. Срок действия данного согласия устанавливается на период:

с _____ по _____

5. Оператор вправе осуществлять следующие действия с указанными выше персональными данными (нужное подчеркнуть):

- сбор;
- систематизацию;
- накопление;
- хранение;
- уточнение (обновление, изменение);
- использование;
- распространение/передачу;
- блокирование;
- уничтожение;
- иное (необходимо точное указание)

6. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.

Данные об операторе персональных данных:

Наименование организации: ИП Савельева А.Е.

Адрес оператора: 454092, Россия, Челябинская область, Челябинск, ул.Свободы,145

Ответственный за обработку ПДн: ИП Савельева А.Е.

Субъект персональных данных:

Адрес

Паспорт:

выдан

_____/_____

**Информированное добровольное согласие
в ИП Савельева Анастасия Евгеньевна**

Я, _____, г. рождения, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, таких как:

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; 2. Осмотр; 3. Антропометрические исследования; 4. Термометрия; 5. Тонометрия; 6. Неинвазивные исследования органов опорно-двигательного аппарата, верхних и нижних конечностей; 7. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы),

на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом.

Медицинским работником _____ Врач Савельева Анастасия Евгеньевна

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 2011 г. N 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. 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), в том числе после смерти:

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

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

« ___ » _____ 20__