

ДОГОВОР № _____

об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

«__» _____ 202_г.

Общество с ограниченной ответственностью "Единый медицинский сервис" (ООО «ЕМС»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Ерокиной Алины Юрьевны, действующего на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-50-01-011441 от 23.09.2021г., с одной стороны, и

(Ф.И.О. Заказчика)

действующий от своего имени, именуемый в дальнейшем «Заказчик» (потребитель), при совместном упоминании именуемые «Стороны», а каждый в отдельности – «Сторона», заключили настоящий договор об оказании платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В соответствии с Договором, Исполнитель оказывает Заказчику (потребителю) по его выбору и с его информированного согласия медицинские услуги согласно действующему прейскуранту (далее – медицинские услуги), а Заказчик обязуется оплатить оказываемые ему медицинские услуги.

1.2. Перечень платных медицинских услуг указывается в Приложении №1 к Договору, которое является его неотъемлемой частью.

1.3. При повторных обращениях Заказчика за платными медицинскими услугами, Стороны в нижеуказанном порядке оформляют Перечень платных медицинских услуг по форме Приложения №1 к Договору.

2. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги Заказчику в соответствии действующими Порядками и стандартами оказания медицинской помощи, а также требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными в Российской Федерации, и по действующему у Исполнителя Прейскуранту. Информировать Заказчика в доступной ему форме о методах рекомендуемого лечения, о технологических особенностях выполняемых манипуляций и процедур, и о возможных осложнениях;

2.1.2. В случае необходимости оформлять листок нетрудоспособности в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2006 №255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и приказом Минздравсоцразвития России от 23.11.2021 № 1089н «Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации»;

2.1.3. Организовывать медицинское обслуживание в соответствии с графиком работы Исполнителя (с понедельника по пятницу) кроме праздничных дней;

2.1.4. Обеспечить Заказчика бесплатной и доступной информацией об имеющейся лицензии, месте оказания медицинских услуг, режиме работы, перечне оказываемых платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, правах, обязанностях и ответственности сторон, сведения о квалификации и сертификации специалистов, привлекаемых к оказанию медицинских услуг;

2.1.5. Вести необходимую медицинскую документацию по оказываемым медицинским услугам;

2.1.6. При необходимости обеспечивать Заказчику возможность ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, выдать по письменному требованию Заказчика или его законного представителя в установленном порядке выписки из медицинской карты и/или копии медицинских документов, отражающих состояние здоровья Заказчика;

- 2.1.7. Поддерживать необходимый санитарно-гигиенический, противоэпидемический, организационно-хозяйственный режим функционирования подразделений Исполнителя, занятых обслуживанием Заказчика;
- 2.1.8. Соблюдать врачебную тайну в соответствии с требованиями ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.2. Заказчик обязуется:
- 2.2.1. Своевременно осуществлять оплату медицинских услуг Исполнителя в порядке, указанном в п. 3 настоящего Договора.
- 2.2.2. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений (о перенесенных или имеющихся хронических, наследственных заболеваниях, непереносимости отдельных препаратов, состоянии своего здоровья и т.п.), включая документацию из других медицинских организаций о проведенном ранее обследовании и лечении. В случае несообщения Заказчиком Исполнителю вышеуказанной информации, ее недостоверности или неполного ее представления, ответственность за возможные последствия, связанные с оказанием медицинских услуг Исполнителем, несет Заказчик.
- 2.2.3. Строго соблюдать и выполнять назначенные врачом профилактические и лечебные мероприятия. За последствия невыполнения Заказчиком рекомендаций врача Исполнитель ответственности не несет и имеет право отказать Заказчику в дальнейшем медицинском обслуживании.
- 2.2.4. Соблюдать установленные правила поведения в учреждениях здравоохранения, бережно относиться к имуществу Исполнителя, в том числе используемому в диагностических и лечебных целях. В случае повреждения, порчи имущества - возместить Исполнителю его стоимость.
- 2.2.5. В случаях каких-либо сомнений в правильности избранной медицинским персоналом методики и тактики лечения, а также применяемых лекарственных средств, незамедлительно обращаться за разъяснениями к руководству Исполнителя (заведующему отделением, заместителю главного врача по медицинской части).

3. ПРАВА СТОРОН

- 3.1. Заказчик имеет право:
- 3.1.1. Получать полную информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения; получать выписки с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.
- 3.1.2. На сохранение врачебной тайны и охрану персональных данных в соответствии с законодательством.
- 3.1.3. На обследование, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 3.2. Исполнитель имеет право:
- 3.2.1. Запрашивать у Заказчика сведения и документы (в том числе о предыдущем лечении в других медицинских организациях), персональную информацию;
- 3.2.2. Отказать в приеме Заказчика, если требуемые Заказчиком услуги не входят в перечень услуг, оказываемых Исполнителем.
- 3.2.3. Отказать в проведении последующих лечебно-диагностических мероприятий в случае невыполнения Заказчиком рекомендаций и требований лечащего врача, а также при выявлении противопоказаний к их применению.

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК ВЗАИМОРАСЧЕТОВ

- 4.1. Медицинские услуги оплачиваются на основании действующего на момент оказания медицинских услуг прейскуранта, утвержденного Исполнителем.
- 4.2. Стоимость медицинских услуг указывается в Приложении №1 к Договору и подлежит оплате Заказчиком согласно счету, выставленному до оказания услуги.

4.3. Оплата медицинских услуг производится в порядке их полной предоплаты в размере, указанном в Приложении №1 к Договору; в валюте Российской Федерации (рубли). Исполнитель приступает к оказанию медицинских услуг после их полной оплаты Заказчиком.

4.4. Заказчик информирован, что медицинские услуги на бесплатной основе ему могут быть оказаны в лечебных учреждениях, работающих в системе ОМС (обязательное медицинское страхование) и согласен на оказание медицинских услуг на платной основе в ООО «Единый медицинский сервис».

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель несет ответственность за качество оказания Заказчику медицинских услуг в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Осложнения и другие побочные эффекты, возникшие вследствие анатомических/биологических особенностей организма Заказчика и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением стандартов оказания медицинской помощи и требований настоящего Договора.

5.3. В случае ненадлежащего исполнения Договора одной из Сторон, повлекшего неблагоприятные последствия для другой Стороны, ответственность Сторон наступает согласно законодательству Российской Федерации.

5.4. Сторона, считающая, что ее права по настоящему Договору нарушены, вправе направить другой Стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана письменно ответить на нее в срок до 10 (десяти) рабочих дней с момента получения претензии. В случае неполучения ответа, Сторона, направившая претензию, может обратиться в суд за защитой своих законных прав и интересов в установленном законодательством порядке.

5.5. В случае самолечения, лечения, не соответствующего рекомендациям врача Исполнителя, или обращения Заказчика в другое лечебное учреждение, Исполнитель не несет ответственности за результаты такого лечения.

5.6. Во всем остальном, что не урегулировано условиями Договора, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ И ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

6.2. За нарушение Заказчиком порядка и сроков оплаты, оказываемых ему медицинских услуг, внутреннего распорядка и режима, установленного у Исполнителя, Договор с ним может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя с предварительным уведомлением об этом Заказчика за 5 (пять) рабочих дней, а также отказать в последующем предоставлении медицинских услуг за исключением оказания медицинской помощи по экстренным показаниям.

6.3. Расторжение Договора не освобождает Заказчика от оплаты фактически оказанных медицинских услуг.

6.4. В случае отказа Заказчика после Заключение Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается (либо Сторонами подписывается соглашение об аннулировании соответствующего Перечня платных медицинских услуг), при этом Исполнитель возвращает Заказчику уплаченную последним сумму за вычетом стоимости фактически оказанных услуг.

6.5. Все изменения и дополнения к Договору действительны только в случае их письменного оформления и подписания уполномоченными лицами обеих Сторон.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Договор составлен в 2-х экземплярах, обладающих одинаковой юридической силой, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

7.2. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 «О персональных данных», Заказчик подписанием настоящего Договора дает свое согласие на обработку своих персональных данных свободно, своей волей и в своем интересе Исполнителем во исполнение обязательств по настоящему Договору.

7.3. Подписанием настоящего Договора Заказчик подтверждает свое ознакомление и согласие с прейскурантом на медицинские услуги, условиями и порядком их оказания, оплаты.

7.4. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи на настоящем Договоре, дополнительных соглашениях и приложениях к нему.

7.5. Обо всем, что не урегулировано настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.6. О перемене адреса, изменении паспортных данных Заказчик немедленно и в письменном виде уведомляет Исполнителя.

7.7. Неотъемлемой частью Договора являются следующие Приложения:

Приложение №1 - Перечень платных медицинских услуг;

Приложение №2 – Заявление субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «ЕМС»

Юридический адрес:

143085, Московская обл., г. Одинцово,

рп. Заречье, ул. Торговая, д. 5, стр. 1

Почтовый адрес:

143085, Московская обл., г. Одинцово,

рп. Заречье, ул. Торговая, д. 5, стр. 1

ИНН/КПП 5032222943 / 503201001

Банк: ПАО Сбербанк г. Москва

Р/с № 40702810038000087063

К/с № 30101810400000000225

БИК 044525225

_____/ Ерокина А.Ю. /

подпись

ЗАКАЗЧИК (потребитель):

Дата рождения: _____

Паспортные данные:

Паспорт серия _____ номер _____,

выдан _____,

дата выдачи: _____,

Адрес регистрации: _____

Фактический адрес проживания: _____

Тел.: _____

_____ / _____ /

подпись

расшифровка

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

к Договору № __. __ \ 2023 от __. __. 2023г.

Я, _____ (Фамилия Имя Отчество), уполномочиваю ООО «ЕМС» осуществить мое обследование, (обследование лица, интересы которого я представляю) необходимое для установления диагноза, и лечение надлежащим образом. Все перенесенные и сопутствующие заболевания я правдиво изложу лечащему врачу поликлиники (Исполнителя), так как понимаю, что результат лечения зависит, в том числе, и от моего исходного состояния здоровья, а также анатомических особенностей моего организма. Я поставлю в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщу правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств. Я понимаю и согласен(а), что Исполнитель не может нести ответственность за качество ранее проведенного лечения в других медицинских учреждениях и возникновение медицинских осложнений, связанных с обострением уже имеющихся хронических воспалительных процессов. С прейскурантом цен на оказание услуг и условиями их предоставления ознакомлен(а) и согласен(на). Исходя из вышесказанного, я добровольно даю свое согласие на опрос и осмотр, лабораторные, функциональные, рентгенологические, антропометрические методы исследования, термометрию, тонометрию, исследования органов слуха и зрения, исследования функций нервной системы, медицинский массаж и лечебную физкультуру, введение лекарственных препаратов по назначению врача, а также на необходимое медицинское вмешательство и обезболивание. Мое согласие распространяется также, при необходимости, на продолжение или окончание запланированного вмешательства до тех пор, пока это служит достижению намеченных целей.

« __ » _____ 202_ г.

_____ /
подпись

_____ /
расшифровка

Перечень платных медицинских услуг № 1

Дата подписания перечня Сторонами «__» _____ 202_ г.
Заказчику (потребителю) _____

в соответствии с данным перечнем подлежат оказанию следующие медицинские услуги:

№№	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость услуги руб./ 1 ед.	Количество услуг	Общая стоимость услуг/ руб.
ИТОГО					

Общая стоимость медицинских услуг составляет _____ руб. __ коп.
(_____) *(сумма прописью)*

Настоящий Перечень является неотъемлемой частью Договора № _____ от «__» _____ 202_ г.

Исполнитель _____ / _____ /
(*ФИО работника, оформившего документ*)

Заказчик (потребитель)

_____ / _____ /
подпись расшифровка

Исполнитель

Генеральный директор ООО «ЕМС»

_____ /Ерокина А.Ю. /
подпись

Генеральному директору
ООО «ЕМС»
Ерокиной А. Ю.
от _____

Заявление

субъекта персональных данных о согласии на обработку его персональных данных
(форма разработана в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных»)

Я,

_____,
Дата рождения: _____; (Ф.И.О. Заказчика)

Паспортные данные:

Паспорт серия _____ номер _____,
выдан _____

Дата выдачи: _____;

Адрес регистрации: _____

Фактический адрес проживания: _____

в соответствии с требованиями статей 6 и 9 Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей обеспечения квалифицированного медицинского обслуживания, даю согласие Оператору –

ООО «ЕМС» Россия, 143085, Московская область, Одинцовский район, рабочий поселок Заречье, ул. Торговая, д. 5, стр. 1 на получение и обработку моих персональных данных, включающих:

- 1) Фамилия; Имя; Отчество;
- 2) Пол;
- 3) Дата рождения;
- 4) Адрес регистрации, места проживания;
- 5) Контактный телефон: домашний, мобильный, рабочий
- 6) Адрес электронной почты;
- 7) Реквизиты полиса обязательного и/или добровольного медицинского страхования (ОМС/ДМС);
- 8) Данные о состоянии моего здоровья: заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в том числе сведения (документы), полученные из медицинских и иных организаций;
- 9) Биометрические данные.

- в лечебно-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, назначения и осуществления лечения, при условии, что обработка таких персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью либо деятельностью, связанной с оказанием медицинских услуг, и обязанным сохранять врачебную тайну и конфиденциальность персональных данных;

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе биометрические данные, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в

списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации. Я обязуюсь предоставлять персональные данные, соответствующие действительности, а в случае их изменения своевременно (в течение трёх рабочих дней) направлять их оператору для коррекции. Оператор имеет право на обмен (приём и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской компанией, фондом обязательного медицинского страхования, фондом социального страхования, пенсионным фондом, Главным медицинским управлением, Центральным медицинским архивом, другими ЛПУ и ЦКБ Управления делами Президента РФ и статистическим управлением с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их приём и обработка осуществляются лицом, обязанным сохранять конфиденциальность информации. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручён лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 9 Федерального закона №152-ФЗ, в течение 30 календарных дней с момента получения отзыва;

Я утверждаю, что я предупрежден(а) о возможных последствиях прекращения обработки своих персональных данных.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 2023г. и действует бессрочно.

_____/_____/

подпись

расшифровка

Согласие на обработку персональных получено в моем присутствии:

_____/_____/

подпись

(ФИО работника, оформившего документ)