

Общество с ограниченной ответственностью "ЗДРАВНИЦА", действующее на основании Устава и в соответствии с лицензией выданной Министерством здравоохранения Самарской области № Л041-01184-63/00625800 16.11.2022 года на осуществление работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице **Управляющего ИП И.Ф. Чернышовой** с одной стороны и \_\_\_\_\_ именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

1.1. По настоящему Договору Исполнитель (здесь и далее под Исполнителем понимается медицинский Работник ООО «Здравница», предоставляющий платную медицинскую услугу) предоставляет Заказчику медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией, согласно Прейскуранту цен (тарифов) на медицинские услуги (далее - Прейскурант), а Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в сроки порядке указанные в настоящем Договоре.

1.2. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав Заказчика на получение платных медицинских услуг в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" и Федеральным законом от 21.11.2011 N 323 - ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

### 2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг.

2.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия 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, либо отказа Заказчик от видов медицинских вмешательств, включенных Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, которое является Приложением №1 к настоящему Договору.

2.2. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику в соответствии с настоящим Договором, определяется Актом (Актами) выполненных работ, который подтверждает факт получения услуги Заказчиком и является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Подписание Акта выполненных работ подтверждает добровольное желание Заказчик получить медицинские услуги за плату.

2.4. Срок предоставления услуг зависит от состояния здоровья Заказчика, периода, необходимого для качественного и безопасного оказания услуг, графика визитов Потребителя, расписания работы медицинской организации, медицинского специалиста. Конкретный срок оказания услуги/Дата оказания услуги отражается в Акте (Актах) выполненных работ (Приложение №3), который является неотъемлемой частью настоящего Договора, и выставляется Заказчику при каждом посещении ООО "ЗДРАВНИЦА".

### 3. Права и обязанности Сторон

#### 3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Заказчику платную медицинскую помощь в объеме медицинской услуги, согласованную Сторонами в порядке и в сроки, определенные заключенным Договором и Актом (Актами) выполненных работ, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.2. Оказывать услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, утвержденными в установленном порядке, качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором, с Актом (Актами) выполненных работ, который является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.1.4. Исполнитель обязан предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям, для устранения угрозы жизни потребителя, при внезапных острых заболеваниях, состояниях и осложнениях, без взимания платы.

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством РФ порядке и обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией и выдать медицинские документы, либо их копии, отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.1.6. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания услуг по настоящему Договору при выявлении противопоказаний.

3.1.7. Уведомить Заказчика в случае изменения времени и объема предоставляемой медицинской помощи по согласованному с потребителем способу связи.

3.1.8. Исполнитель обязан предупредить Заказчика, в случае, если требуются дополнительно оплачиваемые медицинские

услуги, которые Исполнитель не вправе оказывать без согласия Заказчика.

3.1.9. В случае невыполнения обязательств Договора по вине Исполнителя вернуть Заказчику денежные средства в соответствии с порядком осуществления возврата денежных средств, при наличии документов, подтверждающих невыполнение обязательств Исполнителем, за минусом фактически понесенных расходов, при этом курсовые скидки теряют свою силу.

**3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Заказчика, самостоятельно определять объемы исследований, манипуляций необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе не предусмотренной Договором, которые дополнительно не оплачиваются.

3.2.2. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей по согласованию с Заказчиком.

3.2.3. Исполнитель вправе перенести срок оказания медицинских услуг (кроме экстренных медицинских ситуаций) при наступлении следующих обстоятельств:

- при изменении состояния здоровья Заказчика, препятствующему качественному оказанию медицинских услуг;
- при возникновении технических причин, препятствующих оказанию услуг (в т.ч. выход из строя оборудования);
- при отсутствии необходимого специалиста, если не предоставляется возможным произвести его замену. Экстренная медицинская помощь при состояниях, представляющих угрозу для жизни, оказывается безотлагательно.

3.2.4. Исполнитель имеет право отказать:

- в оказании платной услуги при наличии медицинских противопоказаний со стороны здоровья Потребителя;
- в оказании платной медицинской услуги при состояниях наркотического или алкогольного опьянения у Потребителя;
- в оказании платной медицинской услуги при отсутствии медицинских показаний и риске нанесения вреда здоровью Заказчика;
- в возврате денежных средств, в связи с необоснованностью жалобы (по решению врачебной комиссии).

**3.3. Заказчик обязуется:**

3.3.1. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления платных медицинских услуг по настоящему Договору.

3.3.2. Дать согласие на обработку своих персональных данных - Приложение №2.

3.3.3. Оплатить предоставленные Исполнителем услуги, перечень которых определяется Актом (Актами) выполненных работ, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора, согласно Прейскуранту цен (тарифов), в сроки и в порядке, предусмотренные настоящим Договором.

3.3.4. Предоставить Исполнителю, данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не Исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе, об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения и качество оказываемых Исполнителем услуг.

3.3.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинского персонала, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.6. При получении медицинских услуг сообщать Исполнителю о любых изменениях самочувствия.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинского персонала, предоставляющего медицинские услуги по настоящему Договору, являться на прием к медицинскому специалисту в назначенное время, а в случае возникших причин переноса времени, процедур, или отмены назначенного визита (консультации) немедленно оповестить Исполнителя по контактному телефону медицинской организации 8(846) 200-09-20;

3.3.8. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила пожарной безопасности.

**3.4. Заказчик имеет право:**

3.4.1. Получать качественные Услуги, соответствующие медицинским стандартам и требованиям к методам диагностики, профилактики и лечения, установленным нормативными правовыми актами Российской Федерации

3.4.2. На получение информации о наличии у Исполнителя лицензии и сертификата у специалиста, непосредственно оказывающего платную медицинскую услугу, на предоставление информации о медицинской услуге.

3.4.3. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам и качеству исполнения услуг:

- назначить новый срок оказания услуги;
- потребовать исполнения услуги другим специалистом;
- потребовать уменьшения стоимости предоставляемой медицинской услуги;
- потребовать возврата денежных средств;
- расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытка или ущерба в установленном законом порядке.

3.4.4. Получать имеющуюся информацию в доступной для него форме о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения.

3.4.5. Отказаться от услуг Исполнителя посредством предоставления письменного отказа от лечения при условии полной оплаты выполненных по Договору платных медицинских услуг и всех понесенных Исполнителем затрат по Договору при этом курсовые скидки теряют свою силу.

3.4.6. Имеет право на выбор лечащего врача, с учетом возможностей Исполнителя.

#### **4. Стоимость, сроки и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется исходя из Прейскуранта цен, действующего на момент оказания услуг, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг и указывается, согласно п.2.2, настоящего Договора, в выставляемых Исполнителем Актах выполненных работ (оказанных услуг), который является неотъемлемой

частью настоящего Договора.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком единовременным платежом в полном объеме сразу после подписания сторонами Акта выполненных работ (оказанных услуг) - после каждого обращения.

4.3. Оплата осуществляется наличными денежными средствами в кассе Исполнителя, в том числе с использованием банковских карт, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Заказчику после оплаты услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг (контрольно-кассовый чек).

4.4. В случае оказания медицинских услуг по программе ДМС Заказчик оплачивает фактически оказанные ему медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, самостоятельно в соответствии с условиями настоящего договора.

4.5. Датой оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

## **5. Срок действия Договора**

5.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение 1 (одного) года.

5.2. Если до истечения срока действия Договора ни одна из сторон не заявит о его расторжении, договор считается продленным на аналогичный период. Количество пролонгаций настоящего договора не ограничено.

## **6. Ответственность сторон**

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

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по договору, если причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

## **7. Конфиденциальность**

7.1 Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента или его законного представителя допускается в случаях, установленных ст. 61 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

7.2. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

## **8. Порядок изменения и расторжения Договора**

8.1. Настоящий Договор расторгается в случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг.

8.2. Исполнитель информирует Заказчика о расторжении настоящего Договора по инициативе Заказчик, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору при этом курсовые скидки, теряют свою силу.

## **9. Заключительные положения**

9.1. Договор заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

9.1.1. Оригиналы медицинских документов Исполнителя Заказчику не выдаются. Заказчик имеет право ознакомиться с оригиналами медицинских документов в соответствии с правилами, утвержденными приказом МЗ РФ №425н.

9.2. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, стороны будут решать по возможности путем переговоров. При невозможности достижения согласий, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

9.3. Обращения, оформленные в соответствии с действующим Законодательством, рассматриваются врачебной комиссией в течение 30 календарных дней с даты их регистрации. При необходимости срок рассмотрения письменного обращения может быть продлен, но не более чем на 30 дней.

9.4. Заказчик разрешает Исполнителю предоставлять сведения о факте своего обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при обследовании и лечении, следующим лицам:

1)(Ф.И.О. телефон для контакта) \_\_\_\_\_

9.5. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

-ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 г. №1006);

- уведомил 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 в медицинских организациях входящих в систему ОМС

- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;

- уведомил Заказчика 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 Заказчика.

10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

<b>Исполнитель: ООО «ЗДРАВНИЦА»</b>	<b>Заказчик: ФИО</b>
Юр.адрес: 443001, г. Самара, Ул.Галактионовская 106а Факт.адрес: 443001, г. Самара, Ул.Галактионовская 106а ИНН/КПП 6313561238/631301001 ОГРН 1226300026336 Р/с 40702810354400066117 В Поволжском банке ПАО «Сбербанк» РФ г. Самара БИК 043601607 К/с 30101810200000000607 Тел./факс 200-09-20	Паспорт: _____  Дата рождения: «__» _____ г. Адрес: _____  Телефон: _____ E-mail: _____
Управляющий _____ ИП Чернышова ИФ./	/ /

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, при получении первичной медико-санитарной помощи в ООО «ЗДРАВНИЦА»**

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество - полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_

Выдан \_\_\_\_\_ код подразделения \_\_\_\_\_

(кем, когда)

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082)

1. Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация.
3. Антропометрические исследования.
4. Термометрия.
5. Тонометрия.
6. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).
7. Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.
8. Функциональные методы обследования, в том числе: электрокардиография, ультразвуковая диагностика.
9. Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно.
10. Медицинский массаж.

Для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «ЗДРАВНИЦА»

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

Сведения о выбранных мною лицах, 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

Лицо №1 \_\_\_\_\_

Лицо №2 \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ года

\_\_\_\_\_  
ФИО Заказчика, подпись

**СОГЛАСИЕ**  
**на обработку персональных данных**

Я \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Дата рождения \_\_\_\_\_, проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт РФ: серия \_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_

Выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_  
код подразделения \_\_\_\_\_

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", подтверждаю свое согласие на обработку ООО «ЗДРАВНИЦА» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

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.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, распространение в соответствии с законодательством РФ. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) договором ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со следующими организациями: вышестоящими органами управления здравоохранением и контролирующими органами, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляется с соблюдением всех требований по обеспечению конфиденциальности и безопасности персональных данных в соответствии с действующим законодательством РФ.

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

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

Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . 202 и действует бессрочно.

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.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_ и почтовый адрес \_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_