

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(аяся), _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказание медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(а) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(а) на оказание платных медицинских услуг и готов (а) их оплатить.

До подписания договора об оказании платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с прейскурантом, действующим на дату заключения договора.

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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.

Договор № _____ ОТ _____ об оказание платных медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Клиника Южная», адрес: г. Краснодар, ул. 40-летия Победы, д. 14/2, ИНН 2310167821 ОГРН 1132310002384, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности ЛО-23-01-013866 (ЛО-41-01126-23/00333843) от «20» августа 2019 г., срок действия бессрочно, выдана МЗ РФ КК, г. Краснодар, ул. Коммунаров 276/1, тел. 8-800-2000-366.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя, а также в едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по адресу: roszdravnadzor.ru.

в лице Администратора-кассира _____ действующего на основании доверенности
(фио_текущего_сотрудника),

№ _____ от _____,
(номер_доверенности_текущего_сотрудника) (дата_доверенности_текущего_сотрудника)

именуемое в дальнейшем «Исполнитель»,

и **Гражданин/ка Российской Федерации** _____

(Ф.И.О.полностью)

(дата рождения пациента, адрес пациента, моб. телефон пациента, паспортные данные пациента, электронная почта),

далее именуемый/ая «Пациент», «Потребитель» заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе следующие платные медицинские услуги: _____

(список_оказанных_услуг)

1.2. При необходимости Исполнитель может оказать дополнительные медицинские услуги Потребителю, не указанные в п.1.1. настоящего договора Перечень и стоимость и сроки оказания которых согласовываются Сторонами путем заключения нового Договора. Увеличение объема оказываемых Исполнителем и дополнительно оплачиваемых Потребителем. медицинских услуг по сравнению с перечисленными в п. 1.1. настоящего договора возможно только с согласия Потребителя.

1.3 В период действия Договора Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги только при наличии предварительно оформленного в письменном виде и подписанного Пациентом информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств. Указанное в настоящем пункте согласие оформляется в одном экземпляре и содержится в медицинской документации Пациента.

1.4. Для целей настоящего Договора используются следующие понятия:

1.4.1. Пациент, Потребитель – это физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором.

1.4.2. Заказчик – представитель Пациента – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу Пациента.

2. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ.

2.1. Стоимость медицинских услуг, указанных в п. 1.1. настоящего договора составляет _____ согласно утвержденному прейскуранту.

2.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя, а Исполнитель выдает Потребителю и (или) заказчику в случаях, установленных законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

2.3. В случае, когда в соответствии с п. 1.2. настоящего договора увеличивается объем оказываемых медицинских услуг, Потребитель осуществляет доплату в порядке, предусмотренном в пп. 2.2, настоящего договора.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Потребителя, внесенная им плата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг.

2.5. После возврата стоимости услуг настоящий договор считается расторгнутым по соглашению сторон.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечивать предоставление медицинских услуг с использованием методов, разрешенных на территории РФ.

3.1.2. Предоставлять Потребителю по его просьбе требуемую действующим законодательством информацию, в т.ч. копии медицинской документации (выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг,

включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы

3.1.3. Получить предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.1.4. Оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны не договорились об ином сроке.

3.1.5. Соблюдать врачебную тайну (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Потребителя информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.2. Требовать от Потребителя определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг, согласно правилам внутреннего распорядка клиники.

3.2.3. Оказывать медицинские услуги только после выполнения Потребителем условий раздела 2 настоящего договора.

3.2.4. При невыполнении условий пп. 3.3.1. и 3.3.2. настоящего договора Исполнитель вправе отказать Потребителю в предоставлении услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.3.2. Выполнять требования лечащего врача и правила внутреннего распорядка клиники, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой информации и предоставление необходимой медицинской документации.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных услугах, а также копий медицинской документации.

3.4.3. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, оказываемых по данному договору.

3.4.5. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы потребителя и (или) заказчика на оказанные медицинские услуги:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;

в) рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;

г) документы установленного образца, подтверждающие оплату оказанных услуг (кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ.

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

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору при возникновении непреодолимых препятствий, под которыми понимаются стихийные бедствия, массовые беспорядки, запретительные действия властей и иные форс-мажорные обстоятельства.

5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА. ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.

5.1. Настоящий договор действует в течение одного календарного месяца с момента подписания на основании п. 3.1.4.

6. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением Сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в следующих случаях:

6.2.1. При нарушении Пациентом порядка и сроков оплаты оказанных услуг;

6.2.2. При несоблюдении (нарушении) Пациентом предписаний, требований, назначений, рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, когда такое поведение Пациента затрудняет Исполнителю надлежащее выполнение своих обязанностей по Договору и создает угрозу для благополучного исхода лечения. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья Пациента;

6.2.3. При нарушении Пациентом правил внутреннего распорядка, правил поведения, неуважительного поведения в отношении персонала Исполнителя;

6.2.4. При выявлении заболеваний, лечение которых должно осуществляться в условиях специализированного медицинского учреждения;

6.2.5. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в случае, если Пациент будет уведомлен о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций, иных услуг, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций. При этом Исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг Пациенту в дальнейшем, не ограничиваясь настоящим договором.

6.3. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением данного договора, при не достижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.

7.1 До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя (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 Потребителя.

7.2. Настоящий договор составлен в 2 экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.3. Неотъемлемыми частями Договора считаются Информированное добровольное согласие пациента на получение платных медицинских услуг; Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно приложению №2 к приказу МЗ РФ от 12 ноября 2021 г. № 1051н; Согласие субъекта на обработку персональных данных.

7.4 С момента заключения настоящего договора, все ранее заключенные договоры между Пациентом и Исполнителем считать расторгнутыми по соглашению сторон.

Потребитель _____
(фио_пациента) _____ подпись

Исполнитель ООО _____
(фио_текущего_сотрудника_(сокращенное)) _____ подпись

Приложение №1 к договору № _____ от _____.

Информированное добровольное согласие пациента (потребителя) на получение платных медицинских услуг

Пациент _____

(фио_пациента)

Настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ООО МЦ Клиника Южная (Исполнитель) в рамках письменного договора № _____ от _____. При этом Исполнитель в доступной для меня форме:

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

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

- 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;

- уведомил до заключения Договора 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 её завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Настоящее соглашение мною прочитано и подписано после проведения разъяснительной беседы и ознакомления с информацией по порядку представления платных медицинских услуг и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг. Своей подписью подтверждаю дачу согласия Исполнителю на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в Федеральном законе № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по Договору.

Потребитель _____

(фио_пациента)

подпись

Приложение №2 к договору № _____ от _____.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно приложению №2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

" ____ " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" ____ " _____ г. рождения, проживающего по адресу:

(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства 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 2012 г. № 390н 1 (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/ получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО МЦ Клиника Южная.

Медицинским работником _____

(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. № 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. № 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:

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

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

(подпись) _____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

" ____ " _____ г.

(дата оформления)

Приложение №3 к договору № _____ от _____.

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающий по адресу _____,
(по месту регистрации)
паспорт _____
(серия, номер, дата выдачи, кем выдан)

в соответствии с требованиями Ст. 9 ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО МЦ «Клиника Южная» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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, а также лабораториям в исследовательских целях, с которыми Оператор заключил договор о платных медицинских услугах 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. 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) по ОМС (договором ДМС), в том числе в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) РФ.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией (и территориальным фондом ОМС) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно.
(дата)

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.

В соответствии с пунктом 1 статьи 18 Федерального закона от 13.03.2006 № 38-ФЗ «О рекламе» я разрешаю ООО МЦ «Клиника Южная» информирование об оказываемых услугах, оповещения о проводимых акциях, мероприятиях, скидках осуществлять отправку СМС-сообщений на указанный мной номер телефона, а также на электронную почту.

Контактный телефон _____ и почтовый адрес _____

Потребитель _____
(ф.и.о. пациента)

Директору ООО МЦ «Клиника Южная»

Я, _____
(ф.и.о. пациента),

прошу Вас: предоставить доступ к медицинским данным моего несовершеннолетнего ребенка _____
(ФИО, год рождения)

предоставить доступ к моим данным следующим лицам: _____

_____ (ФИО, год рождения, данные документа)

_____ (ФИО, год рождения, данные документа)

Данные прошу отправлять на мою электронную почту _____.

Настоящим я уведомлен, что ООО МЦ «Клиника Южная» не несет ответственности за неправомерные действия со стороны третьих лиц.

Подпись

ФИО