

Уважаемый пациент,

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил Пациента о том, что в соответствии с п.3 ст. 27 ФЗ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения и правила поведения пациента в медицинских организациях. В связи с чем, уведомляем вас 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 Пациента.

Медицинская помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - соответственно программа, территориальная программа) может быть получена в лечебно-профилактической организации по месту прикрепления в рамках ОМС.

С данным уведомлением ознакомлен (Подпись, ФИО, дата) _____

ДОГОВОР № _____
на оказание добровольных платных медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью «Домашний доктор»

(Свидетельство о государственной регистрации 1052700263550 выдано 13.04.2005 г. Инспекцией Федеральной налоговой службы по Железнодорожному району г. Хабаровска, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-27-01-002232 от 15.07.2017 г. выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края, срок действия - бессрочно. Номенклатура оказываемых услуг: оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок, дезинфектологии, функциональной диагностике, сестринскому делу, общей практике, лечебному делу); оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии, вакцинации (проведению прививок), общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью; оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий); гематологии; детской онкологии; детской урологии-андрологии; детской хирургии; детской кардиологии; медицинскому массажу; нефрологии; онкологии; оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации); психотерапии; пульмонологии; рефлексотерапии; сердечно-сосудистой хирургии; травматологии и ортопедии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, генетике, эндокринологии, ревматологии; проведение медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований: медицинские осмотры (предрейсовые, послерейсовые), экспертиза временной нетрудоспособности),

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Гордиенко Светланы Алексеевны, действующей на основании Устава, с одной стороны, и потребитель медицинской услуги _____,

именуемый в дальнейшем «Пациент», или его

представитель _____, именуемый в дальнейшем

«Представитель» с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет и цена договора

Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ, а Пациент (Представитель) обязуется своевременно и добровольно оплатить медицинские услуги на условиях настоящего договора. Перечень услуг и их стоимость перечислены в п. 2.1.2. настоящего договора.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1 Обеспечить соответствие предоставляемых услуг, требованиям предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.

2.1.2. Выполнить следующие медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим договором.

на сумму _____

2.1.3 Предоставить Пациенту необходимую информацию в объеме и на условиях, установленных требованиями действующего законодательства.

2.1.4. Пользоваться иными правами и исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

2.2. Права и обязанности Пациента

2.2.1. Предоставить информированное добровольное согласие и получить медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим договором.

2.2.2. Оплатить согласованные медицинские услуги в полном объеме, согласно настоящего договора.

2.2.3 В случае невозможности окончания оказания медицинской услуги, возникшей по вине Пациента (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых условий, иных действий или анатомо-физиологических особенностей организма), оплатить фактически оказанную услугу Исполнителем.

2.2.4. Пользоваться иными правами и исполнять обязанности, предусмотренные действующим законодательством.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата услуг производится путем внесения Пациентом (Представителем) наличных денежных средств в кассу Исполнителя, или безналичным расчетом.

3.2. Стоимость услуг определяется в соответствии с действующим прейскурантом цен.

3.3. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов Исполнителя, после оплаты услуг в полном объеме.

4. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

4.1. В соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ Пациент подтверждает своё согласие на обработку Учреждением, его персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии его здоровья и иные данные, получение которых необходимо для оказания (получения) медицинских услуг.

4.2. Исполнитель вправе в процессе оказания медицинских услуг передавать персональные данные Пациента, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, другим должностным лицам Исполнителя в интересах его обследования и лечения, для экспертизы качества оказания медицинских услуг, а так же на обмен (приём и передачу) персональными данными Пациента со страховой медицинской организацией, (Страховщиком), Территориальным фондом ОМС, органами здравоохранения, с использованием машинных носителей или по каналам связи, либо неавтоматизированным способом, с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа.

4.3. Передача персональных данных Пациента иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с его письменного согласия. Пациент вправе в любое время отозвать своё согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до момента окончательного исполнения сторонами своих обязательств. Расторжение договора осуществляется Исполнителем либо Пациентом (Представителем) по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

6.2. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Пациентом (Представителем) по вопросу качества услуг, спор между сторонами рассматривается согласительной комиссией, с привлечением при необходимости независимых экспертов, либо при несогласии сторон претензии споры решаются в соответствии с действующим законодательством.

6.3. Стороны несут ответственность согласно действующему законодательству.

6.4. Настоящий договор содержит приложения (Приложение №1, Информированное добровольное согласие).

6.5. Стороны допускают факсимильное воспроизведение подписей уполномоченных на заключение сделок лиц с помощью средств механического или иного копирования, а также использование факсимиле на иных документах, являющихся обязательными и необходимыми при исполнении настоящего договора. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица

6.6. Настоящим Пациент подтверждает свое согласие на получение медицинской документации, в том числе результатов анализов, осмотров, диагностик, исследований и других, путем направления ему по **электронной почте**:

Юридические адреса сторон:

Исполнитель :

ООО «Домашний доктор»

ул. Владивостокская 38, тел. 8 (4212) 47-54-14, 310 - 300

факс 8 (4212) 310 - 300

e-mail ddclinic@yandex.ru <<mailto:ddclinic@yandex.ru>>

КПП 272401001 ИНН 2724085002

ОГРН 1052700263550

Дата регистрации 13.04.05

Банк: Дальневосточный филиал ПАО «Росбанк» г. Владивосток

БИК 040507871

к/сч. 301 018 103 000 000 008 71

р/сч. 407 028 107 464 800 003 42

Генеральный директор Гордиенко С.А. _____ М.П.

Пациент

Ф.И.О.:

Адрес:

Телефон:]

Дата :

Подпись _____

Представитель Ф.И.О. _____

Подпись _____