

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 Пациента, дата) _____

ДОГОВОР № на оказание платных медицинских услуг

г. Хабаровск

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Центр Домашний доктор» (Свидетельство о государственной регистрации 1222700006495 выдано 20.04.2022 г. Инспекцией Федеральной налоговой службы по Железнодорожному району г. Хабаровска, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01189-27/00641858 от 27.02.2023 г. выдана Министерством здравоохранения Хабаровского края, срок действия - бессрочно. (ул. Муравьева-Амурского, 32, Хабаровск, +7 4212 328369), 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 (-ая) в дальнейшем **«Пациент»**, или его представитель _____, именуемый в дальнейшем **«Представитель»** с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет и цена договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту (Представителю) на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенные на территории РФ в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, а Пациент (Представитель) обязуется своевременно и добровольно оплатить медицинские услуги на условиях настоящего договора. Предоставляемые в рамках настоящего договора медицинские услуги являются разными, отделенными по времени и технологическим подходам друг от друга самостоятельными медицинскими услугами. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, объем работ, услуг и сроки их оказания указываются (содержатся) в дополнительном соглашении к настоящему договору.

2. Права и обязанности сторон

2.1 Обязанности Исполнителя:

- 1.1. Обеспечить соответствие предоставляемых услуг, требованиям, предъявляемым к методикам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ.
- 1.2. Проинформировать Пациента (Представителя) о предстоящей стоимости медицинских услуг.
- 1.3. Выполнить медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных соответствующим дополнительным соглашением, указанным в пп. 1 настоящего договора.
- 1.4. Предоставить Пациенту (Представителю) необходимую информацию в объеме и на условиях, установленных требованиями действующего законодательства.
- 1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.2 Обязанности Пациента (Представителя):

- 2.1. Ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие и получить медицинские услуги в согласованном объеме, сроках, стоимости, в порядке и на условиях, определенных настоящим договором. Оплатить согласованные медицинские услуги в полном объеме, согласно настоящему договору и приложения к нему.
- 2.2. Предоставить врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других организациях (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.3. В случае невозможности окончания оказания медицинской услуги, возникшей по вине Пациента (Представителя) (немотивированный отказ от продолжения лечения, отказ от выполнения необходимых условий, иных действий или анатомо-физиологических особенностей организма), Пациент (Представитель) обязуется оплатить фактически оказанную услугу Исполнителем.

3. Порядок расчетов

3.1. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях через кассу Исполнителя или по безналичному расчету на счет Исполнителя после оказания медицинских услуг и подписания сторонами Акта об оказанных услугах на основании утвержденного прейскуранта цен.

3.2. Стоимость услуг по настоящему Договору определяется, исходя из действующего у Исполнителя Прейскуранта на дату получения услуг, в соответствии с фактическим объемом оказанных услуг. Стоимость конкретных платных медицинских услуг, предоставляемых Пациенту (Представителю), указывается (содержится) в дополнительных соглашениях к настоящему договору. Иной порядок и сроки оплаты могут быть предусмотрены в Дополнительном соглашении Сторон. Дополнительные услуги оказываются только с предварительного письменного согласия Пациента.

3.3. Услуги оказываются в соответствии с графиком работы специалистов Исполнителя.

3.4. Пациент (Представитель) ознакомлен с Прейскурантом платных медицинских услуг до подписания настоящего Договора.

4.Согласие на обработку персональных данных

4.1. Пациент (Представитель) дает своё согласие на обработку Исполнителем в объеме и способами, указанными в п. 1,3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона от 27.07.2006г. «О персональных данных» № 152-ФЗ его персональных данных (персональных данных лица, интересы которого он представляет) для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору, 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 его здоровья и диагнозе, сведения, о факте обращения за медицинской помощью, полученные при его обследовании и лечении.

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 обследования и лечения Пациента (Представителя).

5. Срок действия договора

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания всеми сторонами и действует неопределённый срок. 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. В силу п. 2 ст. 160 ГК РФ Стороны допускают использование при совершении сделок факсимильного воспроизведения подписи с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи в случаях и в порядке, предусмотренных законом, иными правовыми актами.

6.5. Настоящим Пациент (Представитель) подтверждает свое согласие на получение сообщений информационного характера на указанный номер телефона

Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель :

ООО Медицинский Центр «Домашний доктор»

г.Хабаровск, ул. Гоголя 39

тел. 8 (4212) 47-54-15

Банковские реквизиты:

ИНН 2721254171

р/с 4070281000928421 7302 в Филиал «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ» Банка ВТБ ПАО г.МОСКВА

к/с 30101810145250000411, БИК 044525411

Генеральный директор

_____/_____/

Пациент (Представитель):

Ф.И.О.

Дата рождения

Паспорт серия

Выдан , Дата выдачи

Адрес проживания

_____/_____/

Согласие на получение результатов медицинских анализов по электронной почте

Я, (Ф.И.О. пациента)

прошу Вас осуществить отправку информации о результатах медицинских анализов,

сданных мною/моим ребенком _____ (Ф.И.О. ребенка) в ООО «Медицинский Центр Домашний доктор»,

по электронной почте: _____ (адрес электронной почты ПЕЧАТНЫМИ

БУКВАМИ)

Подписывая данное согласие, я проинформирован (а) о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом электронного почтового ящика, утечкой информации и неполучение отправленных результатов анализов ООО «Медицинский Центр Домашний доктор» ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

/ _____ (Ф.И.О. подпись)