

**Договор
на оказание платных медицинских услуг № _____**

г. Энгельс

_____. _____. 20__ г.

«Заказчик» ФИО законный представитель (родитель, усыновитель, попечитель, опекун)/лицо, сопровождающее несовершеннолетнего (бабушка, дедушка, брат, сестра, тетя, дядя, няня и т.д.)

для «Потребителя» ФИО _____

с одной стороны, и **Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Пархонок Игоря Вадимовича, действующей на основании Устава, с другой стороны, Свидетельства о государственной регистрации юридического лица серия 64 № 003225768 от 15 ноября 2012 года, Свидетельства о постановке на учет Российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения серия 64 № 003225771 от 15 ноября 2012 г. зарегистрировано 15 ноября 2012 года Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №7 по Саратовской области, ОГРН 1126449003504, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01020-64/00331775 от 30 мая 2019г., определяет перечень услуг: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), медицинскому массажу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок), педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, детской кардиологии, детской хирургии, детской эндокринологии, неврологии, нефрологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, психиатрии, пульмонологии, рефлексотерапии, стоматологии детской, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности. (Лицензирующий орган Министерство здравоохранения Саратовской области (адрес и телефон: 410012,г. Саратов, ул. Рабочая, д.145/155, тел 88452670702, заключили настоящий договор об оказании платных медицинских услуг:

1. Определения:

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:

- «**платные медицинские услуги**» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;
- «**потребитель**» - физическое лицо, являющееся участником настоящего Договора, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с условиями Договора. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- «**заказчик**» физическое (юридическое) лицо, заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу «Потребителя»;
- «**исполнитель**» - медицинская организация (ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова»), оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором;
- «**медицинская организация**» - юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- «**медицинский работник**» - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему Договору «Исполнитель» оказывает «Заказчику» **медицинские услуги**, указанные в **Приложении №2** к настоящему договору в соответствии с лицензией, согласно действующему Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – Прейскурант), а «Заказчик» обязуется оплатить оказанные услуги.

2.1.1. При наличии у «Заказчика» полиса добровольного медицинского страхования, оплата медицинских услуг осуществляется «Заказчиком» в соответствии с п. 4.5. настоящего договора.

2.1.2. При наличии у «Заказчика» карты корпоративного медицинского обслуживания, оплата услуг «Заказчиком» осуществляется в соответствии с п. 4.7. настоящего договора.

2.1.3. Получателем медицинских услуг в соответствии с настоящим Договором является Потребитель.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуются и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендаций;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.

2.4. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии **информированного добровольного согласия Потребителя** (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан (**Приложение №1** к настоящему договору), а также при наличии согласия на обработку персональных данных (**Приложение №3** к настоящему договору).

2.5. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых «Заказчику» в соответствии с настоящим Договором, определяются в **Приложении №2** к настоящему Договору.

2.6. Договор на оказание медицинских услуг заключается бессрочно.

2.7. «Заказчик» подтверждает, что до заключения настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «11» мая 2023 г. №736);

- ознакомил его с действующими в ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова» Прейскурантом на платные медицинские услуги, размещенные на стенде ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова», а также на официальном сайте Исполнителя;

- ознакомил его с Положением об оказании платных медицинских услуг ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова»;

- уведомил его 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 его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;

- уведомил его о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.8. При заключении настоящего договора «Заказчику» предоставлена следующая информация:

- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 1.6 настоящего договора, с указанием цен в рублях;

- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.9. «Заказчик» подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.10. «Заказчик» на основании ст.9 Федерального закона от 27.07.2006 года № 152 ФЗ «О персональных данных» самостоятельно принимает решение о предоставлении/не предоставлении (нужное подчеркнуть) своих персональных данных и дает (не дает) согласие на их обработку свободно, своей волей и в своем интересе.

ФИО _____

подпись «Заказчика» _____

2.11. Подписав настоящий Договор, «Заказчик» подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.12. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование или госпитализацию при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 10 рабочих дней.

2.13. Потребитель при выборе врача проинформирован о врачах, осуществляющих медицинскую деятельность в ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Труханова»; об уровне их образования и квалификации, имеющихся у них сертификатов.

3. Права и Обязанности Сторон и участников Договора

3.1. «Исполнитель» обязуется:

3.1.1. Оказать «Заказчику» платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно п. 2.3. настоящего Договора.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.

3.1.3. Предоставить «Потребителю» («Заказчику») достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

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

3.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке (амбулаторную карту и т.д.).

3.1.6. Немедленно извещать «Заказчика» о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.1.7. Предоставить по требованию «Заказчика» помещение для ознакомления с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья потребителя.

3.1.8. После исполнения настоящего договора «Исполнитель» выдает «Потребителю» («Заказчику») медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие 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.

3.2. «Заказчик» обязуется:

3.2.1. Оплатить предоставленные «Исполнителем» медицинские услуги по цене в порядке и сроки, определенные настоящим Договором.

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

3.3. «Потребитель» обязуется:

3.3.1. Предоставить «Исполнителю» (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не «Исполнителем» (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.

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

3.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.4. При предоставлении медицинских услуг сообщать «Исполнителю» (медицинскому работнику) о любых изменениях самочувствия.

3.3.5. Отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков.

3.3.6. Не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с «Исполнителем» (медицинским работником) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д.

3.3.7. Соблюдать график приема медицинских работников, предоставляющих медицинские услуги по настоящему Договору.

3.3.8. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности, режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.3.9. По требованию специалистов «Исполнителя» удостоверить личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с планом диагностики и лечения, врачебными назначениями и рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, наличия или отсутствия претензий к качеству оказанных услуг.

3.3.10. При возникновении связанных с лечением вопросов и/или осложнений, любых изменениях самочувствия и состоянии своего здоровья, других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг, включая обращение и (или) непредвиденную госпитализацию в другую медицинскую организацию, незамедлительно сообщать об этом лечащему врачу или администратору «Исполнителя» (8453) 54-44-54.

3.4. «Исполнитель» имеет право:

3.4.1. Самостоятельно определять характер диагностики и виды лечения, необходимые для «Потребителя»;

3.4.2. При необходимости в ходе предоставления услуги согласовать с «Потребителем» график приемов (посещений) в соответствии с планом лечения «Потребителя». В случае нарушения «Потребителем» согласованного графика, «Исполнитель» не несет ответственности за нарушение сроков предоставления услуг «Потребителю». График приемов (посещений) отражается в плане лечения, медицинской карте «Потребителя» или ином самостоятельном документе, согласованном с «Потребителем». «Исполнитель» вправе по согласованию с «Потребителем» (в том числе устно, по телефону) вносить изменения в график приемов (посещений), не меняя при этом общий срок предоставления услуг, установленный Договором.

3.4.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день назначенного приема по согласованию с «Потребителем» направить последнего к другому специалисту соответствующего профиля и квалификации.

3.4.4. Исполнитель вправе оказывать медицинские услуги по настоящему Договору как самостоятельно, так и с привлечением субподрядных организаций.

3.4.5. В случаях, когда Заказчику необходимы лабораторные исследования, которые не выполняются Исполнителем самостоятельно, Исполнитель проводит забор материала у Потребителя, осуществляет его подготовку и организует их выполнение в других лабораториях по договорам аутсорсинга.

3.4.6. Исполнитель в целях, в частности: обеспечения антитеррористической и противопожарной защиты здания и помещений, работников, посетителей и пациентов; предотвращения и минимизации рисков несанкционированного проникновения; пресечения противоправных действий и сохранности имущества; повышения качества оказываемых услуг и обслуживания пациентов; пресечения нарушений прав граждан и в иных законных целях – ведет на своей территории и по периметру ее контролируемой зоны видеонаблюдение, о чем уведомляет Заказчика Потребителя.

3.4.7. Производит телефонное (или посредством сообщений) оповещение Заказчика/Потребителя по различным вопросам, в том числе о деталях оказываемых услуг (например, временных) и предоставление информации о товарах и услугах, которые могут представлять интерес для Заказчика/Потребителя, через средства связи (смс-сообщения, телефонные звонки, электронная почта), а также для проведения исследований, включая мониторинг удовлетворенности качеством предоставленных услуг.

3.4.8. В целях направления информационного обеспечения, а также для передачи результатов оказания Потребителю медицинских услуг (в том числе анализов) по каналам связи (включая передачу на адрес электронной почты: _____) в рамках исполнения настоящего договора Исполнитель вправе связываться с Заказчиком/Потребителем по указанным контактным данным для направления необходимой информации

(подписывая настоящее поле, Заказчик подтверждает согласие на информирование по указанным каналам связи).

3.5. «Потребитель» имеет право:

3.5.1. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

3.5.2. На отказ от получения медицинских услуг с возмещением «Исполнителем» фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

3.5.3. На получение доступной, достоверной информации об «Исполнителе», о предоставляемой медицинской услуге;

3.5.4. На отказ от определенных видов медицинских вмешательств, включенных 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.

3.5.5. Пациенты в возрасте с 15 до 18 лет при повторном посещении ООО «Клиника педиатрии и детской стоматологии доктора Трухманова» (при наличии ранее заключенного договора с Законным представителем или иным лицом, выступающим в качестве законного представителя) имеют право самостоятельно получать медицинские услуги без совершеннолетнего представителя.

_____ (подпись Заказчика).

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту, действующему на момент оказания медицинской услуги. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг, согласовываются с «Заказчиком» (Приложение № 2 к настоящему договору.)

4.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

В случае оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Стороны подписывают приложение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости. Стороны признают такое приложение дополнительным соглашением к договору.

4.3. В случае подписания приложения к настоящему договору на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту, действующему на момент подписания такого приложения.

4.4. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется «Заказчиком» путем внесения наличных денежных средств в кассу «Исполнителя» в день оказания услуги, либо путем безналичного перечисления денежных средств в форме предварительной оплаты на р/счет «Исполнителя».

4.5. При наличии у «Заказчика» полиса добровольного медицинского страхования и направления от Страховщика, обязательства по оплате лечения «Заказчика» Застрахованного возлагаются на Страховщика в объеме страхового покрытия, указанного в страховке «Заказчика» Застрахованного (денежного лимита и перечня страховых случаев). Обязательство по оплате лечения «Заказчика» Застрахованного сверх размеров страхового покрытия и лечения, не являющегося страховым случаем по программе добровольного медицинского страхования «Заказчика» Застрахованного лежит на «Заказчике».

4.6. Если пациент получает медицинские услуги в рамках договора с организацией-работодателем, то обязательство по оплате лечения пациента лежит на организации в рамках договора. Если пациенту необходимы дополнительные медицинские услуги, не предусмотренные договором, пациент оплачивает их самостоятельно.

4.7. При наличии у «Заказчика» Карты корпоративного медицинского обслуживания, обязательство по оплате лечения «Заказчика» возлагается на самого «Заказчика» в полном объеме, указанном в Карте корпоративного медицинского обслуживания в виде процентной скидки на услуги.

4.8. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.9. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя на оказанные медицинские услуги и (или) приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью «Потребителя» в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению «Исполнителем» в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. «Потребитель» предупрежден, что сокрытие у него хронических и инфекционных заболеваний освобождает «Исполнителя» от ответственности в случае наступления осложнений, вызванных данными заболеваниями.

5.4. «Исполнитель» не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления «Потребителем» неполной и (или) недостоверной информации о своем здоровье.

5.5. «Исполнитель» не отвечает за не достижение функционального и клинического эффекта в случае, если «Потребитель» был предупрежден при поступлении на лечение о том, что такой эффект в его случае будет достигнут лишь после проведения полного курса лечения, однако полный курс лечения не был завершен «Исполнителем» по инициативе «Потребителя».

5.6. «Исполнитель» освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение «Потребителем» («Заказчиком») условий настоящего Договора.

5.7. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. не зависящих от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, массовые волнения) возникших после заключения настоящего Договора и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, выполнение Договора прекращается в соответствии с действующим законодательством. Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне настоящего Договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обязательств.

6. Действие Договора

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует бессрочно. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора, уведомив об этом другую сторону не менее чем за 1 месяц.

6.2. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.

6.3. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон. Одностороннее изменение условий Договора не допускается, а будучи допущенным любой из сторон признается не имеющим юридической силы.

6.4. Действие настоящего договора прекращается в случаях:

- ликвидации «Исполнителя»;
- принятия судом решения о признании договора недействительным;
- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме по инициативе любой из них;
- отказа «Потребителя» после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг. Отказ «Потребителя» от получения медицинских услуг по настоящему Договору оформляется в письменной форме и направляется «Исполнителю», при этом «Потребитель» оплачивает «Исполнителю» фактически понесенные «Исполнителем» расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.5. Во всех случаях расторжения Договора Стороны обязаны в течение 5 банковских дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего Договора, в том числе при необходимости по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему законодательству РФ.

7. Порядок разрешения споров

7.1. Все споры, возникающие по настоящему Договору, в процессе его исполнения рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. Если согласие не достигнуто, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Споры по договору решаются в досудебном порядке путем предъявления претензии администрации Клиники, в случае не достижения сторонами взаимоприемлемого согласия, передаются в суд.

7.3. Претензии Пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются «Исполнителем» в сроки, предусмотренные действующим Законодательством РФ. Претензии, касающиеся качества оказания платных медицинских услуг рассматривает главный врач, в сложных клинических случаях претензии Пациента рассматриваются врачебной комиссией Клиники. По результатам рассмотрения претензии сторонами подписывается Соглашение о досудебном урегулировании претензии

7.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Конфиденциальность

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

8.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация;

- о ценах на услуги, оказываемые медицинской организацией,
- сведения о заболеваниях.
- обработка персональных данных;
- использование согласованных и разрешенных законодательством РФ медицинских технологий и иной интеллектуальной собственности медицинского учреждения.

8.3. В целях исполнения настоящего договора (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и в целях оказания медицинских услуг, включая при этом обработку сведений в автоматизированной информационной системе; получение информационного обеспечения о деталях оказываемых услуг; участие в проводимых исследованиях, в том числе удовлетворенность качеством предоставленных услуг) Исполнитель, являясь лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, вправе обрабатывать самостоятельно или с привлечением иного лица, руководствуясь п. 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставленные Заказчиком персональные данные (фамилия, имя, отчество; дата рождения, возраст; пол; адрес регистрации и/или места жительства; данные документа, удостоверяющего личность (паспорта и/или свидетельства о рождении/усиловлении /удочерении/); данные страхового полиса; сведения о состоянии здоровья; номер контактного телефона адрес электронной почты или сведения о других способах связи) путем совершения любого действия (операции) или совокупности действий (операций), в том числе сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи, предоставления, доступа, обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, при этом гарантирует, что обработка указанных личных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

В случаях производственной необходимости в рамках исполнения п. 2.4. настоящего договора, когда Заказчику/Потребителю необходимы лабораторные исследования, которые не выполняются на производственных мощностях Исполнителя, то Исполнитель проводит забор материала у Потребителя, осуществляет его подготовку и организует их выполнение в других лабораториях по договорам для качественного оказания Потребителю медицинских услуг в рамках настоящего договора. В частности, указанные лабораторные исследования в интересах Исполнителя могут производиться следующими лицами, которым Исполнитель вправе предоставить вместе с забранным биоматериалом в качестве сопроводительной информации ограниченный набор персональных данных Потребителя (ФИО, дата рождения, возраст, пол):

- ООО «Клиника Педиатрии Доктора Трухманова «ЛОР ПЛЮС», 413100, Саратовская обл., г. Энгельс, ул. Степная, д. 35, помещение 1;
- ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области в Энгельском районе», Саратовская область, г. Энгельс, пр. Строителей, д. 7А;
- ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ», 142000, Московская обл., г. Домодедово, Каширское ш., д. 7;

(юридическое наименование, адрес регистрации)

Исполнитель вправе поручить обработку персональных данных иным третьим лицам только при наличии отдельного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством. Исполнитель обрабатывает предоставленные Заказчиком персональные данные до достижения целей их обработки, установленных действующим законодательством РФ. Заказчик/Потребитель вправе обратиться с письменным заявлением к Центру с целью отзыва согласия на обработку персональных данных, однако Исполнитель вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», или в иных целях, предусмотренных действующим законодательством.

8.4. В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений моему представителю _____

(подписывая настоящее поле, Заказчик подтверждает согласие на передачу указанному лицу)

9. Прочие условия

9.1. При предъявлении «Потребителем» («Заказчиком») требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом Российской Федерации «О защите прав потребителей».

9.2. Ни одна из сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия на то другой Стороны.

9.3. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

9.4. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в т.ч. касающиеся положений настоящего Договора, требующих взаимного согласия сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

9.5. Стороны обязуются оперативно извещать друг друга об изменении адресов, банковских реквизитов, телефонов диспетчерских служб.

9.6. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у «Исполнителя», второй у «Заказчика», третий – у «Потребителя», если «Заказчик» и «Потребитель» – одно и то же лицо, договор заключается в 2-х экземплярах.

9.7. После исполнения настоящего Договора «Исполнителем» выдаются «Потребителю» (законному представителю «Потребителя») медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

9.8. «Потребителю» («Заказчику») выдан на руки экземпляр Договора с приложениями.

«Потребитель» («Заказчик») подтверждает получение экземпляра договора на руки _____

(ФИО)

(Подпись)

10. Юридические адреса и банковские реквизиты Сторон

«Исполнитель»	«Заказчик»	«Потребитель» (Законный представитель)
ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора	ФИО _____	ФИО _____
Трухманова»	_____	_____
Юридический адрес:	_____	_____
413100, г. Саратовская область, г. Энгельс, ул. Волоха, д.15,	_____ дата рождения	_____ дата рождения
помещение 2	_____	_____
ОГРН 1126449003504	паспорт (серия, номер) _____	паспорт (серия, номер) _____
ИНН 6449066400	Выдан кем: _____	Выдан кем: _____
КПП 644901001	когда: _____	когда: _____
р/с 40702810400000002921	Зарегистрирован по адресу: _____	Зарегистрирован по адресу: _____
в ЗАО «Банк «АГРОРОС» г. Саратов	_____	_____
к/с 30101810600000000772	Телефон: _____	Телефон: _____
БИК 046311772	e-mail: _____	e-mail: _____
тел/факс 8(8453) 56-47-07	_____	_____
_____	_____	_____
Директор _____	_____	_____
_____ /И.В. Пархолюк	(подпись) (расшифровка подписи)	(подпись) (расшифровка подписи)
дата _____ м.п. _____	Дата _____	Дата _____

к Договору на оказание платных медицинских услуг № _____ от «___» _____ 2023 г.

г. Энгельс

"___" _____ 202__ г.

ФИО

или законный представитель (родитель, усыновитель, попечитель, опекун)/лицо, сопровождающее несовершеннолетнего (бабушка, дедушка, брат, сестра, тетя, дядя, няня

именуемое в дальнейшем "**Заказчик**", и **Общество с ограниченной ответственностью "КЛИНИКА ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОКТОРА ТРУХМАНОВА"**, именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице директора И.В. Пархонюка, действующего на основании Устава

а вместе именуемые "**Стороны**", заключили настоящее дополнительное соглашение к договору № _____ на оказание платных медицинских услуг от _____ 20__ года (далее – Дополнительное соглашение и Договор соответственно) о нижеследующем:

1. Стороны пришли к соглашению дополнить Договор п.3.4.9, изложив его в следующей редакции: «Исполнитель имеет право выслать результаты анализов в не зашифрованном виде в формате html без дополнительных паролей на электронную почту, указанную Заказчиком».

2. Остальные условия вышеуказанного договора, незатронутые настоящим соглашением, остаются без изменений и «Стороны» подтверждают по ним свои обязательства.

3. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ года.

4. Настоящее дополнительное соглашение составлено в двух экземплярах, идентичных по содержанию и имеющих одинаковую юридическую силу - по одному для каждой из Сторон.

Заказчик:

Исполнитель:

Приложение N 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. N 1051н

Приложение №1 к Договору от _____ г.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____ года рождения,
зарегистрированный по адресу: _____
законный представитель (родитель, усыновитель, попечитель, опекун)/лицо, сопровождающее несовершеннолетнего (бабушка, дедушка, брат, сестра, тетья, дядя, няня и т д) несовершеннолетнего ребенка

_____ года рождения даю согласие на медицинское вмешательство несовершеннолетнему в соответствии с заключенным со мною договором на оказание платных медицинских услуг и даю информированное согласие (в соответствии с Постановлением №1006 от 04.10.2012 Правительства РФ) на виды медицинских вмешательств, включенных 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 МЗи СР РФ от 23 апреля 2012г. №390н (зарегистрирован Министерством юстиции РФ от 05.05.2012г. №24082 далее – Перечень): опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование; антропометрические исследования; термометрия; тонометрия; неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций; неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций; исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикжно; медицинский массаж; лечебная физкультура. Даю согласие на проведение консультаций, диагностических и лечебных манипуляций по акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведение профилактических прививок), гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской стоматологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, неврологии, нефрологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, педиатрии, психиатрии, рентгенологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, физиотерапии, функциональной диагностике, медицинским осмотрам профилактическим; для получения первичной медико-санитарной помощи, / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, сопровождающим которого я являюсь в ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова» (выбрать нужное) медицинским работником

(должность, ФИО медицинского работника)

мне в доступной для меня форме разъяснены и мною осознаны цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, 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 ч. 9 ст. 20 ФЗ от 21.11 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

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. N 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

При этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Сотрудником ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова» мне разъяснена возможность проведения медицинской услуги на безвозмездной основе в муниципальном лечебно-профилактическом учреждении. Я согласен (на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинской услуги, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Проводимое лечение мне не гарантирует 100%-ного результата, при оказании медицинских услуг (проведении операции) и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
4. Я согласен (на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова» не несет ответственности за их возникновение.
5. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова». Я согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Учреждение не несет ответственности за их возникновение.

6. Я подтверждаю, что при подписании настоящего информированного согласия меня письменно уведомили о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова», 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 моем состоянии здоровья.

7. Я понимаю необходимость проведения медицинской услуги и предупрежден (а) о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая не зависящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью). В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход медицинской услуги может быть изменен врачами по их усмотрению.

8. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемых) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в том числе ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а так же об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

9. Мне разъяснено, что в случаях, когда состояние пациента не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения будет неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве, о его виде и тактике проведения, в том числе дополнительном вмешательстве, в интересах пациента решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий врач.

10. Я имел (а) возможность задать интересующие меня вопросы врачу перед медицинской услугой.

Против записи данных о проведенной медицинской услуге на информационные носители при условии сохранения врачебной тайны

возражаю/ не возражаю

Я удостоверяю, что текст моего информированного добровольного согласия на медицинскую услугу мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения меня удовлетворяют, что подтверждаю своей подписью:

Подпись : _____ / _____ / Подпись мед. работника _____ / _____

Дата оформления _____ г.

**Перечень
оказываемых
Исполнителем
медицинских
услуг**

В соответствии с настоящим договором "Исполнитель" оказывает "Заказчику" ("Потребителю") следующие медицинские услуги, которые добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны "Заказчиком" ("Потребителем").

Пациент:

Код	Вид услуг (по прейскуранту)	Кол-во	Цена	Скидка %	Всего (руб.)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
Итого :					

"Заказчик"
("Потребитель")
ознакомлен с
действующим
Прейскурантом и
согласен оплатить
указанные
медицинские услуги.

_____ / _____

_____ / _____



СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я _____
(Ф.И.О.)

зарегистрированный(-ая) по адресу _____
паспорт серия _____ номер _____, выдан _____

(кем выдан)

действуя как законный представитель (родитель, усыновитель, попечитель, опекун)/лицо, сопровождающее несовершеннолетнего (бабушка, дедушка, брат, сестра, тетя, дядя, няня и т.д.) несовершеннолетнего ребенка _____

(Ф.И.О., адрес, реквизиты паспорта (свидетельства о рождении))

свободно, своей волей и в своем интересе даю согласие обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова», зарегистрированному по адресу: 413100, г. Саратовская область, г. Энгельс, ул. Волоха, д. 15 помещение 2 ; (далее по тексту – ООО «Клиника Педиатрии и Детской Стоматологии Доктора Трухманова» или Оператор), на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, а также осуществление любых иных действий с персональными данными, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации в отношении следующих необходимых и желаемых для оказания медицинских услуг персональных данных моего/ей сына (дочери, подопечного):

- фамилия, имя, отчество; дата рождения, возраст; пол; адрес регистрации и/или места жительства; данные документа, удостоверяющего личность (паспорта и/или свидетельства о рождении/усыновлении /удочерении/); данные страхового полиса; реквизиты полиса ОМС (ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); сведения о состоянии здоровья; номер контактного телефона, адрес электронной почты или сведения о других способах связи;
- _____

Я даю согласие на использование персональных данных моего/ей сына (дочери, подопечного) в целях оказания ему(ей) медицинских услуг в рамках исполнения договора оказания медицинских услуг (в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и в целях оказания медицинских услуг, включая при этом обработку сведений в информационной системе с применением средств автоматизации; получение информационного обеспечения о деталях оказываемых услуг (в том числе временных) и предоставление информации о товарах и услугах, которые могут представлять интерес для Заказчика/Потребителя, через средства связи /смс-сообщения, электронная почта/; участие в проводимых исследованиях, в том числе для контроля качества предоставленных услуг; для передачи результатов оказания медицинских услуг (в том числе, анализы) по каналам связи, включая передачу на адрес электронной почты, согласно условиям договора оказания платных медицинских услуг), учитывая, что Оператор является лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В случаях производственной необходимости в рамках исполнения договора на оказание платных медицинских услуг, когда Заказчику/Потребителю необходимы лабораторные исследования, которые не выполняются на производственных мощностях Исполнителя, то Исполнитель проводит забор материала у Потребителя, осуществляет его подготовку и организует их выполнение в других лабораториях по договорам для качественного оказания Заказчику/Потребителю медицинских услуг в рамках договора на оказание платных медицинских услуг. В частности, указанные лабораторные исследования в интересах Исполнителя могут производиться следующими лицами, которым Исполнитель вправе предоставить вместе с забранным биоматериалом в качестве сопроводительной информации ограниченный набор персональных данных Потребителя (ФИО, дата рождения, возраст, пол):

ООО «Клиника Педиатрии Доктора Трухманова «ЛОР ПЛЮС», 413100, Саратовская обл., г. Энгельс, ул. Степная, д. 35, помещение 1; ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Саратовской области», 410031, г. Саратов, ул. Б. Горная, д. 69; ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ», 142000, Московская обл., г. Домодедово, Каширское ш., д. 7;

(юридическое наименование, адрес регистрации)

Оператор вправе поручить обработку персональных данных моего/ей сына (дочери, подопечного) иным третьим лицам только при наличии отдельного письменного согласия за исключением случаев, предусмотренных нормами действующего законодательства, включая условия заключенного между мною и Оператором договора оказания платных медицинских услуг. Оператор гарантирует, что обработка личных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован(-а), что Оператор будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет согласно нормам законодательства, действующего на момент подписания настоящего согласия. Данное согласие действует до достижения целей обработки моих персональных данных, установленных действующим законодательством Российской Федерации. Согласие может быть отозвано по моему письменному заявлению. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных, Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных». Вместе с тем, Оператор не обязан прекращать обработку персональных данных ранее периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных мне медицинских услуг.

Подписывая настоящее согласие, я подтверждаю, что все указанные данные верны. В том числе я подтверждаю, что указанная контактная информация (сведения о способах связи) является верной и актуальной (в частности, адрес регистрации, адрес электронной почты, номер телефона). При этом я беру на себя полную ответственность за указание мною некорректных/ неверных/ неактуальных/ нарушающих действующее законодательство данных.

В случае отсутствия возможности личного получения сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему представителю _____

Контактный телефон представителя _____

« _____ » 202 _____ г. _____

(дата)

(подпись)

(расшифровка)

