

Договор № _____

на оказание платных медицинских услуг

ООО Медицинский центр «ПрофиМед», юридический адрес: 305040, г. Курск, ул. Студенческая, д. 18, литер А, помещение V, ИНН 4632246292, ОГРН 1184632010155 (ИФНС по г. Курску 18.09.2018), Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01147-46/00326412 от «19» июля 2019г., выдана Комитетом здравоохранения Курской области на следующие виды работ (услуг): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу; сестринскому делу; сестринскому делу в педиатрии; функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности); гематологии; кардиологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике.; в лице Директора Воробьевой Натальи Ивановны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ», с одной стороны, и Иванов Иванов Иванович, «1» января 1980 г.р., именуемый (ая) в дальнейшем «ПАЦИЕНТ»/«Законный ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА» (далее - «ПРЕДСТАВИТЕЛЬ»), с другой стороны, совместно именуемые «СТОРОНЫ», заключили настоящий договор (далее - «ДОГОВОР») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Настоящий ДОГОВОР определяет порядок и условия оказания ИСПОЛНИТЕЛЕМ платных медицинских услуг ПАЦИЕНТУ. ИСПОЛНИТЕЛЬ на основании обращения ПАЦИЕНТА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ обязуется оказать ему в течение срока действия настоящего Договора медицинские услуги в соответствии с Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи и иным действующим законодательством РФ, а ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ принимает на себя обязательство оплачивать оказанные услуги в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. При заключении настоящего Договора ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ поручает, а ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется оказать медицинские услуги, указанные Приложении №1 к настоящему Договору.

2. СТОИМОСТЬ И ПРЯДОК ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяется Прейскурантом, утверждённым ИСПОЛНИТЕЛЕМ в соответствии с законодательством РФ и перечнем услуг.

2.2. ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ обязуется оплатить медицинские услуги полностью до начала их оказания путём внесения наличных денежных средств в кассу или безналичным платежом (в т.ч. банковской картой).

2.3. В случае оказания дополнительных медицинских услуг, необходимость оказания которых возникла в процессе оказания медицинских услуг, и цена и перечень которых согласованы с ПАЦИЕНТОМ/ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ, ПАЦИЕНТУ/ПРЕДСТАВИТЕЛЮ может быть предоставлено право осуществить доплату за оказанные дополнительные медицинские услуги после их оказания.

2.4. При неокзании (полном или частичном) медицинских услуг ПАЦИЕНТУ/ПРЕДСТАВИТЕЛЮ, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется вернуть полученные денежные средства по письменному заявлению ПАЦИЕНТА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ в срок до трёх рабочих дней.

3. ПРАВА, ОБЯЗАННОСТИ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

3.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ обязан:

- оказать ПАЦИЕНТУ квалифицированную, качественную медицинскую помощь в соответствии с настоящим Договором;
- предоставить ПАЦИЕНТУ/ПРЕДСТАВИТЕЛЮ бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге, исследованиях, методах лечения;
- при наличии обстоятельств, которые могут повлиять на качество и результаты оказываемой услуги, ИСПОЛНИТЕЛЬ обязуется своевременно информировать об этом ПАЦИЕНТА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ;
- предоставить заверенную копию медицинской документации ПАЦИЕНТА лично ПАЦИЕНТУ/ПРЕДСТАВИТЕЛЮ, либо лицам, указанным в «Информированном добровольном согласии при выборе врача и медицинской организации». Оригиналы медицинской документации хранятся у ИСПОЛНИТЕЛЯ.

3.1.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ имеет право в случае возникновения необходимости оказания медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни ПАЦИЕНТА при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, самостоятельно определять объем оказания медицинской помощи, в т.ч. не предусмотренной настоящим Договором. Такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

3.1.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ, проинформировав ПАЦИЕНТА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ, имеет право сообщать сведения о выявленных социально-значимых и социально-опасных заболеваниях Пациента, а также случаях острых заболеваний (состояний) у ПАЦИЕНТОВ до 3-х лет в органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, а так же в территориальные лечебно-профилактические учреждения в случаях, требующих наблюдения и патронажа ПАЦИЕНТА по эпидемическим и иным законным основаниям.

3.1.3. В случае необходимости оказания Пациенту скорой медицинской помощи, выявления заболевания, требующего немедленной госпитализации, ИСПОЛНИТЕЛЬ вызывает бригаду скорой медицинской помощи, проинформировав ПАЦИЕНТА/ПРЕДСТАВИТЕЛЯ в корректной и доступной форме о необходимости данных мер.

3.2. ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ обязан:

- информировать медицинского работника ИСПОЛНИТЕЛЯ об известных особенностях здоровья ПАЦИЕНТА, принимаемых лекарственных препаратах, реакциях на лекарственные препараты, процедурах, манипуляциях, а также лечении у других специалистов;
- оплатить платные медицинские услуги в порядке и сроки, установленные настоящим Договором, в том числе дополнительно полученные медицинские услуги;
- корректно относиться к сотрудникам ИСПОЛНИТЕЛЯ, другим посетителям медицинского центра, не наносить ущерб имуществу и репутации ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- соблюдать правила внутреннего распорядка, относящиеся ко всем пациентам ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- предупредить сотрудников ИСПОЛНИТЕЛЯ до начала приёма по телефону о возможности неявки на приём заблаговременно.

3.3. ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ имеет право :

- на получение медицинской информации о предоставляемой услуге и ознакомление с документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения и медицинского персонала ИСПОЛНИТЕЛЯ;
- на возмещение вреда в случае ненадлежащего оказания медицинской услуги по вине Исполнителя;
- отказаться от получения медицинской услуги с возвратом оплаченной суммы за не оказанные медицинские услуги с возвращением ИСПОЛНИТЕЛЮ затрат, связанных с подготовкой оказания медицинской услуги.

3.4. ИСПОЛНИТЕЛЬ освобождается от ответственности за неисполнение или надлежащее исполнение платной медицинской услуги, если это произошло вследствие непреодолимой силы, по иным обстоятельствам, предусмотренным законами РФ, а так же при невыполнении ПАЦИЕНТОМ назначений медицинского работника ИСПОЛНИТЕЛЯ, нарушением режимных ограничений,

нарушением приема лекарственных средств, медицинских манипуляций, процедур, назначенных медицинским работником ИСПОЛНИТЕЛЯ, самолечением, либо лечением одновременно у других специалистов, без информирования об этом медицинского работника ИСПОЛНИТЕЛЯ. ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций медицинского работника ИСПОЛНИТЕЛЯ, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья ПАЦИЕНТА.

4. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

4.1. Договор вступает в силу с момента его подписания СТОРОНАМИ и действует в течение года с момента его подписания, либо до момента расторжения Договора по соглашению СТОРОН, по инициативе одной из СТОРОН, о чем СТОРОНЫ должны известить друг друга в письменной форме, либо иным основанием, предусмотренным законодательством РФ.

4.2. В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ РФ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152 -ФЗ, ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ даёт согласие на обработку ООО «ПрофиМед» и его уполномоченным представителям (далее-Оператор) своих/ПАЦИЕНТА, законным представителем которого является, персональных данных, данных медицинских услуг — 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. Предоставляет Оператору право осуществлять действия (операции) с вышеуказанными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных. Оператор вправе так же обрабатывать вышеуказанные персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включая в списки (реестры) и отчетные формы, иным способом, необходимым для исполнения обязательств по заключенному Договору. Настоящее согласие действует с момента подписания настоящего Договора на все время, необходимое для оказания медицинских услуг, вплоть до расторжения настоящего Договора, и времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого по Договору медицинских услуг. ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ оставляет за собой право отозвать согласие путем составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении, либо лично под расписку представителю Оператора, при этом Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого по Договору медицинских услуг.

4.3. Письменное «Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ дает информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации является неотъемлемой частью настоящего Договора.

4.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны только если они составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями обеих Сторон.

4.4. Стороны несут ответственность за невыполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

4.5. Споры и разногласия решаются путем переговоров и в судебном порядке.

4.5. Договор составлен в 2-х экземплярах по одному экземпляру для каждой из Сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО Медицинский центр «ПрофиМед»
305040, г. Курск, ул. Студенческая, д. 18, литер А, помещение V
+7 (4712) 31-55-70; 31-05-70
8 910-731-05-70; 8 910-051-55-70
ИНН 4632246292
ОГРН 1184632010155
ОКВЭД 86.10
Фактический адрес: ул. Сумская, д. 29Б

Подпись _____ Директор Воробьева Н.И.

ПАЦИЕНТ/Законный ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА

ФИО: Иванов И.И.
Паспорт: серия 0000 №000000
выдан: ГУ УУ РФ
дата выдачи: «1» января 2020
Адрес Московская область, г. Москва, ул. Ставропольская 1, кв.1
Телефон +7(900)000-00-00

Подпись √ _____

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, на которые ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ дает информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации

Даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (далее - Перечень), которые могут быть оказанные мне в ООО «ПрофиМед» в течении срока действия настоящего договора.

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование .
- Антропометрические исследования.
- Термометрия.
- Тонометрия.
- Исследование функции нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
- Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография.
- Ультразвуковые исследования, доплерографические исследования.
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечного, внутривенного, подкожно, внутрикочно.

До получения первичной медико-санитарной помощи медицинским работникам ООО «ПрофиМед» в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, и их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а так же предлагаемые 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. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

√ _____

(подпись ПАЦИЕНТ/ПРЕДСТАВИТЕЛЬ)