

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся (аяся), _____, _____ года рождения, проживающий (ая) по адресу: _____, телефон _____ настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора об оказании платных медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация:

- о правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736)

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа);

- о возможности оказания платных медицинских услуг анонимно;

- 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 Потребителя;

- о правилах поведения пациентов в медицинских организациях.

Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется 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 (далее - стандарт медицинской помощи).

Ознакомлен (а) с действующим в медицинской организации Перечнем (прайс-листом) на медицинские услуги.

Я согласен (не согласен) на получение информации о специальных предложениях и акциях.

Я согласен (не согласен) на получение информации в связи с напоминанием о записи.

Я согласен (не согласен) на опрос по качеству обслуживания.

_____/_____/_____ «__» _____ 202_ г.

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

Договор об оказании платных медицинских услуг

г. Курск

« ___ » _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Сана Ко» (ООО «Сана-Ко»), 305010, г. Курск, ул. Цюрупы, д. 3, ОГРН 1034637003917 от 16 января 2003 г., выдано Инспекцией ФНС России по г. Курску, ИНН 4631009570, Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01147-46/00368639 от 29.09.2020, срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Курской области (ОГРН 1024600942112, ИНН: 4629040037), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Мощинской Елены Станиславовны, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (ка) (законный представитель) _____

(ФИО, адрес места жительства, телефон, e-mail, данные документа, удостоверяющего личность (при оказании платных медицинских услуг гражданину анонимно сведения фиксируются со слов потребителя услуги))

(ФИО Потребителя, адрес места жительства)

именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является неотъемлемой частью настоящего договора, находится в доступной форме на информационных стендах Исполнителя, а также на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет – <https://sana-clinic.ru>.

1.2. Потребитель уведомлен Исполнителем 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 медицинской организации.

2. Предмет договора

2.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги (далее – Услуги) согласно Заказу по форме, установленной в Приложение № 1, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. А Потребитель принять и оплатить их по Перечню(прайс-листу) Исполнителя в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2. В случае если при предоставлении Услуг требуется предоставление дополнительных Услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель информирует Потребителя. С письменного согласия Потребителя на предоставление дополнительных Услуг заключается дополнительное соглашение к настоящему договору, либо заключается новый договор на оказание платных медицинских услуг.

3. Стоимость Услуг и порядок оплаты

3.1. Стоимость Услуг определяется в соответствии с Перечнем (прайс-листом), утвержденным в соответствии с действующим законодательством на момент заключения настоящего договора.

3.2. Общая стоимость, количество и наименование оказываемых Услуг отражается в Приложении № 1 к настоящему договору.

3.3. Потребитель оплачивает Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичным расчетом с использованием пластиковых карт банковских организаций в день подписания настоящего договора.

3.4. Потребителю выдается документ, подтверждающий произведенную оплату оказанных Услуг (кассовый чек).

3.5. Обязанность Исполнителя по возврату денежной суммы, уплаченной Потребителем (законным представителем) при оказании Услуг, возникает в соответствии с главой III Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей".

4. Права и обязанности сторон

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Обеспечить Потребителя необходимой достоверной информацией об оказываемых Услугах, результатах исследований и лечения, возможных осложнениях.

4.1.2. Обеспечить оказание Услуг в соответствии с требованиями настоящего договора в кабинете, соответствующих установленным законодательством требованиям, по адресу: г. Курск, ул. Цюрупы, д. 3.

4.1.3. Оказать объем Услуг, указанных в Приложении № 1 к настоящему договору, с установленными для них требованиями технологии и качества.

4.1.4. Незамедлительно сообщить Потребителю о невозможности оказания ему Услуг в рамках настоящего договора по независящим от Исполнителя обстоятельствам.

4.1.5. Исполнитель обязан при оказании Услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

4.1.6. Исполнитель обязан предоставить Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения; об используемых при оказании Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

4.1.7. Исполнитель обязан выдать Потребителю (законному представителю потребителя) по его требованию после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после оказания Услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при оказании Услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной плат.

4.1.8. Своевременно информировать Потребителя в доступной для него форме в случае наличия особенностей оказываемых Услуг и обстоятельств, которые могут повлиять на качество и результат оказываемых Услуг.

4.1.9. Информировать Потребителя, о том, что оказываемые Исполнителем Услуги не исключают клинические методы обследования, консультации и наблюдение у специалистов в других медицинских организациях.

4.1.10. При оказании Услуг гражданам иностранных государств (нерезидентам) Исполнитель обеспечивает передачу сведений об осуществлении медицинской деятельности в отношении нерезидентов в соответствии с указаниями Центрального банка Российской Федерации.

4.2. Потребитель обязан:

4.2.1. Подписать информационное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств до оказания Услуг, согласно форме, установленной в Приложении № 2, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

4.2.1. Известить Исполнителя о невозможности получения Услуг в согласованное время, не позднее, чем за 1 сутки.

4.2.2. Предоставить полную и достоверную информацию, необходимую для оказания Услуг.

4.2.3. Неукоснительно выполнять все указания (рекомендации) Исполнителя (медицинского работника, оказывающего Услуги), в том числе соблюдать назначенный режим лечения.

4.2.4. Оплатить стоимость Услуг в порядке и сроки, установленные настоящим договором.

4.2.5. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, с которыми Потребитель может ознакомиться как на информационном стенде Исполнителя, так и на официальном сайте в информационно-телекоммуникационной сети Интернет – <https://sana-clinic.ru>.

4.3. Потребитель имеет право:

4.3.1. Получать информацию об оказываемых Услугах, диагнозе, результатах обследования, методах лечения, возможных рисках, осложнениях и исходе.

4.3.2. Получать сведения о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, документах, подтверждающих право деятельности Исполнителя и его медицинского персонала, документа, подтверждающего стоимость оказываемых Услуг.

4.3.3. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем условий настоящего договора.

4.3.4. На возмещение ущерба, в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также на получение компенсации за причинение морального вреда, в соответствии с действующим законодательством.

4.3.5. Расторгнуть настоящий договор при несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания Услуг.

5. Сроки оказания Услуг

5.1. Исполнитель приступает к оказанию Услуг, указанных в настоящем договоре в соответствии с Маршрутным листом - Приложение № 3, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

6. Ответственность сторон

6.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенный на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, если причиной такого неисполнения или ненадлежащего исполнения является чрезвычайное и непредотвратимое обстоятельство (непреодолимая сила).

6.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами настоящего договора в ходе его исполнения и не урегулированные соглашением Сторон, разрешаются в порядке, установленном действующим законодательством.

7. Порядок расторжения и изменения договора

7.1. Изменение или расторжение настоящего договора возможно по соглашению сторон, если иное не предусмотрено Гражданским Кодексом РФ, другими законами РФ.

8. Срок действия договора

8.1. Настоящий договор вступает в законную силу с момента подписания его Сторонами и действует до момента исполнения обязательств.

9. Заключительные положения

9.1. Потребитель проинформирован 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 по месту жительства.

9.2. Потребитель подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», по форме, установленной в Приложение № 4, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

9.3. Все Приложения является неотъемлемой частью настоящего договора.

9.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одной для каждой из Сторон.

Исполнитель

Потребитель

(подпись)

(подпись)

Заказ

№ _____ от «__» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «САНА КО»
305010, Курская обл. Курск г. Цюрупы ул. дом.3
+7(4712) 27 27 17

Пациент: _____
(Ф.И.О.)

Медицинская карта: Амбулаторная карта № _____

№	Артикул	Наименование услуги	Количество	Цена (руб.)	Сумма (руб.)

Итого:

Всего наименований _____, на сумму _____ руб.

Сумма прописью _____

Исполнитель

Потребитель

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

Я, _____
(ФИО гражданина, либо законного представителя)

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

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)
проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____
(ФИО пациента при подписании согласия законным представителем)

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

_____ (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. N 390н (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в Обществе с ограниченной ответственностью «Сана Ко»

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. N 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. 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)

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

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

"__" _____ г.
(дата оформления)

Маршрутный лист

№ карты: Амбулаторная карта № _____

Пациент: _____
(Ф.И.О.)

Заказ: _____

Арт. услуги	Наименование услуги	ФИО врача	Дата	Время

Исполнитель

Потребитель

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я,

(Фамилия, Имя, Отчество, полностью)

В соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ РФ от 27.07.2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Сана Ко» (далее – Оператор) моих/моего ребенка персональных данных, указанных в Договоре на оказание платных медицинских услуг, данных о состоянии здоровья, 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. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции), с вышеуказанными персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе также обрабатывать вышеуказанные персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры и отчетные формы, иным способом, необходимым для исполнения обязательств по заключенному Договору.

Настоящее согласие дано мной и действует бессрочно. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие путем составления письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо 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.

(подпись)

(расшифровка)