

**Договор
на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

« ____ » _____ 20__ г.

_____, _____ года рождения, зарегистрированный (ая) по адресу: _____, _____, проживающий по адресу: _____, _____, паспорт _____, телефон _____, именуемый(ая) в дальнейшем

«Заказчик», и Общество с ограниченной ответственностью «Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБЬ», адрес места нахождения: 117335, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Ломоносовский, ул. Архитектора Власова, д. 6, помещение XXXVII, комната 20, ОГРН 1037739848684 (свидетельство о создании юридического лица серия 77 № 007038798, выданное Межрайонной инспекцией МНС России № 39 по г. Москве), имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от 08.06.2016 г. № ЛО-77-01-012461, предоставленную Департаментом здравоохранения г. Москвы (127006, г. Москва, 2-й Щемилевский пер., 4А, тел.: +7 (499) 251-83-00), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику медицинские услуги (также именуются – «медицинские услуги», «услуги») в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности, Прейскурантом Исполнителя, а Заказчик обязуется принять и оплатить эти услуги Исполнителю в соответствии с условиями настоящего Договора.

1.2. Виды и стоимость услуг, оказываемых по настоящему Договору, определяются в соответствии с Прейскурантом Исполнителя.

1.3. Срок оказания услуг – в период действия настоящего Договора.

1.4. Исполнитель вправе оказывать услуги по адресу своего места нахождения, на выезде, а также привлекать к оказанию услуг третьих лиц.

2. Порядок оказания услуг

2.1. Медицинские услуги оказываются Заказчику согласно условиям п. 1.1. настоящего Договора.

2.2. Распорядок работы Исполнителя, порядок оказания услуг, информация о порядке обращения Заказчика за услугами определяется Правилами оказания медицинских услуг.

2.3. Факт оказания услуг по настоящему Договору подтверждается первичной медицинской документацией Исполнителя.

2.4. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского персонала Исполнителя могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

2.5. Заказчик осведомлен, что при наличии у него полиса обязательного медицинского страхования он имеет возможность получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в реализации этих программ.

3. Права и обязанности Сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основании стандартов медицинской помощи.

3.1.2. В необходимых случаях выдавать Заказчику медицинскую документацию (листок нетрудоспособности, справки в бассейн, санаторно-курортные карты и др.), а также заключения о состоянии здоровья с указанием результатов проведенных исследований и лечебных мероприятий в соответствии с законодательством РФ.

3.1.3. Вести учет оказанных услуг.

3.1.4. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о месте нахождения Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне оказываемых медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях оказания и получения этих услуг, включая сведения о квалификации и сертификации специалистов и гарантийных сроках на оказанные услуги путем размещения такой информации в лечебном учреждении или на официальном сайте Исполнителя.

3.1.5. Информировать Заказчика:

- о невозможности оказания каких-либо видов услуг;

- о необходимости организации экстренного или планового стационарного лечения Заказчика;

- о противопоказаниях и возможных негативных последствиях оказания конкретного вида услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Заказчику в предоставлении медицинских услуг в случае нарушения им условий п. 4.2. настоящего Договора.

3.2.2. Самостоятельно определять объем необходимых медицинских услуг, направленных на установление диагноза, руководствуясь порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и основываясь на возможностях клинической базы.

3.2.3. Отказать в оказании услуг:

- в случаях выявления у Заказчика противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий;

- несоблюдении Заказчиком Правил оказания медицинских услуг Исполнителя,

- в случае отсутствия письменного согласия Заказчика на обработку его персональных данных или отзыва такого согласия, данного ранее.

3.2.4. В случае необходимости, привлекать соисполнителей для оказания медицинских услуг и медицинской помощи Заказчику.

3.2.5. В случае необходимости заменять лечащего врача.

3.2.6. Изменять Прейскурант и Правила оказания медицинских услуг в одностороннем порядке.

3.2.7. В случае необходимости по просьбе Заказчика за дополнительную плату оказывать дополнительные медицинские услуги.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить стоимость услуг в размере, согласованном Сторонами, и в порядке, указанном в разделе 4 настоящего Договора.

3.3.2. Предоставить Исполнителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья.

3.3.3. Выполнять все медицинские рекомендации по лечению, соблюдать Правила оказания медицинских услуг.

3.4. Заказчик имеет право:

3.4.1. Требовать от Исполнителя надлежащего выполнения им обязательств по настоящему Договору.

3.4.2. Выбора и замены лечащего врача из штата Исполнителя.

3.4.3. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и отказ от него.

3.4.4. Получать информацию о состоянии своего здоровья (заключения).

4. Порядок расчетов

4.1. Стоимость медицинских услуг определяется согласно Прейскуранту Исполнителя, действующему на момент их оказания.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется путем безналичного перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо наличными денежными средствами в кассу, после оказания услуг, но в день оказания услуги.

4.3. Расчеты между Сторонами осуществляются в рублях РФ в форме наличной и/или безналичной оплаты.

5. Ответственность Сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством РФ.

5.2. В случае документально подтвержденного необоснованного отказа в оказании Заказчику медицинских услуг или некачественного оказания услуг все меры, связанные с устранением недостатков, принимаются Исполнителем за свой счёт.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания медицинских услуг в случае несоблюдения Заказчиком рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий Заказчика.

5.4. Заказчик вправе предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.5. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. обстоятельств, не зависящих от волеизъявления Сторон (пожар, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, изменения правовой базы и т.д.), возникших после заключения настоящего Договора, препятствующих выполнению обязательств Сторон по настоящему Договору, и делающих выполнение этих обязательств невозможным, выполнение настоящего Договора приостанавливается в соответствии с

действующим законодательством.

6. Срок действия Договора

6.1. Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до момента его расторжения или прекращения по основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

7. Прочие условия

7.1. Возникающие спорные ситуации и разногласия разрешаются Сторонами в первую очередь в процессе переговоров в течение 10 (Десяти) дней с момента получения от Заказчика письменной претензии.

7.2. При решении спорных вопросов учитывается соблюдение Заказчиком пунктов 3.3.1 - 3.3.3. настоящего Договора.

7.3. По вопросам, не оговоренным в тексте настоящего Договора, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7.4. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон, за исключением случаев, указанных в настоящем Договоре, а также прямо предусмотренных законодательством.

7.5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на русском языке. Оба экземпляра идентичны и имеют одинаковую силу. У каждой из Сторон находится один экземпляр настоящего Договора. Все приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью.

Подписание Договора свидетельствует об ознакомлении Заказчика с текстом настоящего Договора.

7. Юридические адреса и банковские реквизиты сторон

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБ»
117335, г. Москва, вн. тер. г. муниципальный округ Ломоносовский,
ул. Архитектора Власова, д. 6, помещение XXXVII, комната 20.

ИНН/КПП 7707501332/772801001

ОГРН 1037739848684

Рас./сч. 4070281060000021987 В ООО «Инбанк» г. Москва

Кор.счет №30101810245250000308 БИК 044525308

тел/факс 8 (499) 650-50-90

Администратор

_____ / Зацепина Марина Евгеньевна /

Заказчик:

ФИО:

Дата рождения:

Паспорт:

Выдан:

Адрес места регистрации:

Адрес места проживания:

Тел.:

Email:

_____ / _____

**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**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (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 «Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБ» (ООО «Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБ»).**

Медицинским работником (медицинским регистратором (Ф.И.О. 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. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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),

Пациент _____ / _____ /
(подпись пациента)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

Дата: _____

**Согласие
на обработку персональных данных**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, паспорт _____, выданный _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБ», г. Москва, ул. Архитектора Власова, д. 6, подъезд №3 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные (в т.ч. сведения, составляющие врачебную тайну) контрагентам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам медицинского страхования.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 2021 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я согласен с тем, что в случае отзыва настоящего согласия Оператор вправе отказать мне в оказании медицинских услуг, требующих обработки персональных данных.

Пациент _____ / _____ /
(подпись пациента)

Дата: _____

**Согласие
на обработку персональных данных в форме распространения**

Я, _____, _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____, паспорт _____, выданный _____

в соответствии с требованиями статьи 10.1 Федерального закона от 27.07.06 г. N 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Центр Терапии Боли «ФАРМАТЕБ», г. Москва, ул. Архитектора Власова, д. 6, подъезд №3 (далее - Оператор) моих персональных данных в форме распространения, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса медицинского страхования, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право передавать мои персональные данные (в т.ч. сведения, составляющие врачебную тайну) контрагентам Оператора в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам медицинского страхования.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договорам медицинского страхования на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара, пять лет - для поликлиники.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 2021 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Я согласен с тем, что в случае отзыва настоящего согласия Оператор вправе отказать мне в оказании медицинских услуг, требующих обработки персональных данных.

Пациент _____ / _____ /
(подпись пациента)

Дата: _____