



ДОГОВОР № 1729
на оказание платных медицинских услуг

г. Иркутск

г.

ООО "АДСКЛИНИК" (ОГРН 1173850034236,), именуемое в дальнейшем «**Центр**», в лице, действующего на основании Доверенности, с одной стороны, и

пациент(ка)
именуемый (-ая) в дальнейшем «**Пациент**», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. На условиях настоящего Договора Центр обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги согласно Приложению № 1, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Пациент обязуется принять и оплатить медицинские услуги, оказанные Центром в порядке и в сроки, установленные в Договоре.
- 1.2. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Пациента и организационно - техническими возможностями Центра.
Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником Центра в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи (в т. ч. информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство, согласия на анестезиологическое пособие и согласия на переливание компонентов донорской крови).
- 1.3. Перечень и стоимость медицинских услуг, оказываемых Центром, содержатся в действующем на момент заключения настоящего Договора Прейскуранте. Изменения стоимости оказываемых услуг своевременно доводятся до Пациента.
В момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность, Прейскурантом Центра, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.
- 1.4. В момент заключения настоящего Договора Пациент информирован о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 1.5. Подписывая настоящий Договор, получив в доступной форме информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, Пациент дает свое согласие на обработку его персональных данных (Приложение № 2) и предоставление платных медицинских услуг, оговоренных в настоящем Договоре, в том числе и медицинских услуг, предусмотренных в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- 1.6. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.
- 1.7. Порядок и условия предоставления платных медицинских услуг, режим работы Центра по предоставлению платных медицинских услуг (дни, часы, перечень специалистов), перечень и виды платной медицинской помощи и их стоимость определены Положением о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг физическим лицам в ООО "АДСКЛИНИК".
- 1.8. Место оказания услуг: 664075, Иркутская обл, Иркутск г, Байкальская ул, дом 251Б.
- 1.9. Центр имеет право на оказание данных медицинских услуг, что подтверждается действующей на момент заключения настоящего договора лицензией № Л041-01108-38/00337384 от 19 декабря 2019г. выданная Министерством здравоохранения Иркутской области, адрес 664075, Иркутская области, г. Иркутск, ул. Байкальская, д. 251б, номера помещений 1-26 на поэтажном плане 1 этажа.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность ООО "АДСКЛИНИК":

При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первой доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, сестринскому делу; 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), акушерству и гинекологии (использованию

вспомогательных репродуктивных технологий), анестезиологии и реаниматологии, гематологии, забору, криоконсервации и хранению половых клеток и тканей репродуктивных органов, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, транспортировке половых клеток и (или) тканей репродуктивных органов, ультразвуковой диагностике, эндокринологии; п

II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Центр обязуется:

- 2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.1.3. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре, и в случае предоставления дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента (при внезапных ситуациях) оказывать дополнительные услуги без взимания платы.
- 2.1.4. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, лечебного питания, медицинских изделий, дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.
- 2.1.5. Своевременно и качественно оказывать Пациенту медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора, предоставлять Пациенту достоверную информацию об оказываемой медицинской помощи, разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.
- 2.1.6. Обеспечить Пациента в установленном порядке информацией, в том числе в сети «Интернет», включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг и их стоимости, порядке их оплаты, месте, порядке и условиях оказания услуг, сведениями о медицинских работниках (их квалификации, уровне образования), режиме работы (графике работы) медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг.
- 2.1.7. Вести медицинскую документацию в установленном порядке и обеспечить Пациенту непосредственное ознакомление по его требованию с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья (включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях и т. п.) и выдать копии этих медицинских документов.

2.2. Центр имеет право:

- 2.2.1. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденного Министерством здравоохранения Российской Федерации, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
- 2.2.2. Требовать от Пациента предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.
- 2.2.3. Требовать от Пациента бережного отношения к имуществу Центра и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Центра.
- 2.2.4. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни или здоровью Пациента.
- 2.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.
- 2.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 2.3 настоящего Договора.
- 2.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
- 2.2.8. Без согласования с Пациентами привлекать третьих лиц к выполнению обязательств по настоящему Договору.

2.3. Пациент обязуется:

- 2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплачивать предоставленные Центром медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача по лечению, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.
- 2.3.3. Выполнять Правила внутреннего распорядка, режим Центра, требования и предписания медицинского персонала Центра как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.
- 2.3.4. Выполнять личные санитарно-гигиенические процедуры, направленные на поддержание своего здоровья и санитарно-эпидемиологического режима Центра.
- 2.3.5. Бережно относиться к имуществу Центра. В случае причинения ущерба Центру вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями или бездействием Пациента и/или лиц, его сопровождающих, Пациент обязуется в течение трех календарных дней возместить Центру действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.4. Пациент имеет право:

- 2.4.1. На выбор врача-специалиста.
- 2.4.2. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.
- 2.4.3. На получение консультаций врачей-специалистов.
- 2.4.4. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья.
- 2.4.5. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.4.6. На отказ от медицинского вмешательства.
- 2.4.7. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациента при оказании ему медицинской помощи, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.
- 2.4.8. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

III. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1. Стоимость и порядок расчетов предоставляемых медицинских услуг определяются в соответствии с прайс-листом, утвержденным Центром, и указываются в Приложении № 1 к настоящему Договору.
- 3.2. Оплата медицинских услуг производится наличными средствами в кассу Центра, либо с использованием пластиковых карт банковских организаций, до момента начала оказания соответствующих медицинских услуг на условиях 100%-ной предоплаты.
- 3.3. Медицинская услуга считается оказанной после подписания акта оказанных медицинских услуг (Приложение № 4 к Договору).

IV. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

- 4.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до фактического выполнения обязательств, принятых Сторонами по настоящему Договору.
- 4.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Центром и Пациентом.
- 4.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.
- 4.4. В случае полного отказа Пациента от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. При этом Пациенту возвращаются денежные средства в полном объеме. В случае частичного отказа от оказания услуг Пациенту подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.
- 5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Центр освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Центр о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 5.4. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия - в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством Российской Федерации.

VI. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

- 6.1. Центр обязуется охранять информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).
- 6.2. С согласия Пациента допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента.
- 6.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Пациента допускается в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Стороны договариваются, что при подписании Договора Центр вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.
- 7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, которые имеют одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон. Все приложения являются неотъемлемой частью Договора.

Приложения:

Приложение № 1 - Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором, и сроки их предоставления.

Приложение № 2 - Согласие субъекта персональных данных на обработку его персональных данных.

Приложение № 3 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Приложение № 4- Акт оказания медицинских услуг

VIII. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

8.1. ООО "АДСКЛИНИК"

Адрес (место нахождения): 664075, Иркутская обл, Иркутск г, Байкальская ул, дом 251Б

ИНН 3811449321 КПП 381101001

р/с 40702810518350018190 в Байкальский Банк ПАО Сбербанк г. Иркутск, к/с 30101810900000000607, БИК 042520607

8.2. Пациент

ЦЕНТР

ПАЦИЕНТ

_____ ()

_____ ()



ЦЕНТР ЭКО
СЕТЬ КЛИНИК

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ООО "АДСКЛИНИК"

8 (3952) 43-42-07

664075, Иркутская обл, Иркутск г, Байкальская

ул, дом 251Б

Приложение №2

к Договору № 1729

на оказание платных медицинских услуг
от 21. 09. 2022 г.

ЗАЯВЛЕНИЕ

пациента о согласии на обработку персональных данных

Я, ,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ООО "АДСКЛИНИК" (ОГРН 1173850034236, , далее - Оператор)

в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), в т.ч. в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок: 10 (десять) лет.

Оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

_____ /

_____ г.



ЦЕНТР ЭКО
СЕТЬ КЛИНИК

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ООО "АДСКЛИНИК"

8 (3952) 43-42-07

664075, Иркутская обл, Иркутск г,
Байкальская ул, дом 251Б

Приложение №3
к Договору № 1729
на оказание платных медицинских услуг
от 21.09.2022г.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, проживающий по адресу:

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

«___» _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

_____ (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. № 390н (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) ООО "АДСКЛИНИК"

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. № 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. № 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)



ЦЕНТР ЭКО
СЕТЬ КЛИНИК

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ООО "АДСКЛИНИК"

8 (3952) 43-42-07

664075, Иркутская обл, Иркутск г, Байкальская
ул, дом 251Б

ООО "АДСКЛИНИК"

ИНН 3811449321

664075, Иркутская обл, Иркутск г, Байкальская ул, дом 251Б

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ УКАЗАНИЙ
(РЕКОМЕНДАЦИЙ) МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

ООО "АДСКЛИНИК" в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006, уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинской организации – ООО "АДСКЛИНИК" (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

С уведомлением ознакомлен(ы) до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

/ _____ Г.