

Я, _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», обратившись за медицинской помощью в ООО МЦ "АльдоМед" по адресу: г.Бутурлиновка.ул. Карла Маркса, д.55 («Исполнитель») в соответствии и на основании Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» до заключения представленного ниже Договора об оказании платных медицинских и иных услуг № _____ от _____ проинформирован(-а) о том, что несоблюдение указаний «Исполнителя» (в лице медицинских и иных работников, предоставляющих медицинские и иные услуги), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемых платных медицинских и иных услуг, повлечь за собой невозможность их завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента. Пациент обязуется соблюдать Правила внутреннего распорядка, Правила поведения пациента, режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности.

Пациент _____
подпись

14.06.2023

Договор № _____
об оказании платных медицинских и иных услуг

г.Бутурлиновка _____ г.

ООО МЦ "АльдоМед", именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующее на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности (лицензия серия № ЛО41-01136-36/00323442 от 24.06.2021г выдана Департаментом здравоохранения Воронежской области) Адрес: г.Бутурлиновка.ул. Карла Маркса, д.55 телефон: 8-919-18-18-013, в лице директора Попова С.Ю., действующего на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемая(-ый) в дальнейшем «Пациент» (потребитель медицинской услуги), а также _____, именуемая(-ый) в дальнейшем «Плательщик», действующий в интересах Пациента, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. В соответствии с условиями настоящего Договора Исполнитель обязуется по желанию и с согласия Пациента, руководствуясь медицинскими показаниями, оказать Пациенту платные медицинские услуги по диагностике, профилактике, лечению имеющегося заболевания (-ний), состояния (-ний), консультированию, а также иные услуги (далее — услуги), направленные на достижение цели договора, а Плательщик обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых услуг. Иные услуги представляют собой услуги, не относящиеся к медицинским.
- 1.2. Медицинские и иные услуги предоставляются в соответствии с перечнем и стоимостью услуг Исполнителя, указанных в его Прейскуранте (перечне платных медицинских и иных услуг с указанием цен в рублях), действующем на момент оказания услуги, и выражаются в оказании медицинской и иной помощи, соответствующей юридическим, профессиональным и морально-этическим нормам, разрешенным на территории РФ и обязательным для данного вида деятельности.
- 1.3. Целью оказания медицинских услуг является устранение или облегчение проявлений заболеваний (состояний) Пациента, сохранение, продление, повышение качества его жизни, восстановление, улучшение, поддержание его здоровья. Достижение цели договора зависит не только от совокупности необходимых, достаточных, добросовестных, целесообразных и профессиональных действий Исполнителя, но и от встречных со стороны Пациента действий, направленных на содействие Исполнителю в оказании качественных медицинских и иных услуг в соответствии с п. 4.2.4 – 4.2.6 настоящего Договора.

2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 2.1. Исполнитель оказывает медицинские и иные услуги в месте осуществления деятельности по адресу: г.Бутурлиновка.ул. Карла Маркса, д.55, а также в медицинских и иных организациях, имеющих с ним соответствующие договоры. Медицинские услуги оказываются исходя из перечня услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензией:

При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

- при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу;
 - при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; педиатрии; 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); гастроэнтерологии; дерматовенерологии; кардиологии; неврологии; онкологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; психиатрии-наркологии; ревматологии; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии.
- 2.2. Медицинские услуги в рамках настоящего Договора оказываются при наличии соответствующих заявлений и (или) информированных добровольных согласий Пациента на медицинские вмешательства в соответствии с требованиями законодательства РФ.
 - 2.3. Медицинские и иные услуги могут предоставляться в виде единичной процедуры в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках согласуемого с Пациентом плана лечения.
 - 2.4. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием или в порядке установленной очереди. Предварительная запись Пациента на прием осуществляется через регистратуру Исполнителя посредством телефонной и иной доступной связи. Телефон регистратуры: 8-919-18-18-013.
 - 2.5. График работы Исполнителя: Пн-Вс с 7-00 до 19-00. Работа отдельных специалистов Исполнителя (прием Пациентов, проведение процедур и т.д.) осуществляется по скользящему графику, утверждаемому уполномоченным лицом Исполнителя, информацию о котором можно получить в регистратуре Исполнителя или на его информационном стенде.
 - 2.6. В случае, если в ходе исполнения настоящего Договора потребуются оказание Пациенту дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, то такие услуги оказываются Исполнителем незамедлительно и без взимания платы.
 - 2.7. Исполнителем после исполнения условий настоящего Договора выдаются Пациенту медицинские или иные документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, иное), свидетельствующие о получении платных медицинских и иных услуг, а, следовательно, о факте исполнения сторонами взятых на себя обязательств по Договору. Дополнительные выписки и копии предоставляются по письменному заявлению.
 - 2.8. Дополнительная информация по условиям и порядкам оказания медицинских и иных услуг на территории Исполнителя отражена в «Правилах внутреннего распорядка ООО МЦ "АльдоМед" и в «Правилах оказания платных медицинских и иных услуг в ООО МЦ "АльдоМед" (далее — Правила). Пациенту необходимо ознакомиться с этим документом на информационном стенде.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 3.1. Платные медицинские и иные услуги, предоставляемые Исполнителем по настоящему Договору, оплачиваются Плательщиком по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги и могут оказываться как в разовом (ситуативном) порядке, так и в рамках согласуемого с Пациентом плана лечения, который является наиболее вероятными, но не исключена возможность возникновения обстоятельств, которые смогут повлечь его изменение по медицинским показаниям и (или) иным причинам, а, следовательно, изменению и стоимости услуг. Также может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и надлежащего качества намеченных медицинских услуг. Такие изменения и дополнения оказываемых медицинских услуг подлежат оплате Плательщиком при условии предварительного получения его согласия на их оказание.
- 3.2. Прейскурант Исполнителя доводится до сведения Пациента и Плательщика посредством размещения его в общедоступном месте на информационном стенде Исполнителя, а также на его интернет-сайте. Прейскурант актуализируется Исполнителем по мере внесения в него изменений, в связи с этим Пациент и Плательщик принимают на себя обязанность знакомиться с Прейскурантом Исполнителя, действующим на день оказания услуг. Подписывая настоящий Договор, Пациент и Плательщик подтверждают, что они ознакомились с Прейскурантом Исполнителя и

Исполнитель _____ Плательщик _____ Пациент _____

имели возможность задать необходимые вопросы и получить на них ответы.

3.3. Стоимость согласуемых с Пациентом и Плательщиком услуг, отраженная в Приложении № 1 к настоящему Договору (при его наличии), действует в течение трех месяцев, а далее неоплаченная часть стоимости услуг будет пересчитана по действующему прейскуранту Исполнителя на момент оказания услуги.

3.4. Оплата медицинских и иных услуг производится Плательщиком в полном объеме до начала их оказания. Плательщиком по настоящему договору является _____. В случае неисполнения (или не полного исполнения) Плательщиком обязанности по оплате, обязанность возлагается на Пациента. Оплата услуг, произведенная до начала оказания услуг, является задатком.

3.5. Оплата за оказание услуг по настоящему Договору наличными денежными средствами производится в кассу ООО МЦ "АльдоМед" с выдачей Плательщику документа, подтверждающего оплату (кассового чека или квитанции установленного образца). Оплата за оказание услуг по настоящему Договору в безналичном порядке производится путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в том числе посредством оплаты платежными картами. В случае оплаты за оказание услуг в безналичном порядке обязательства Плательщика по оплате услуг считаются исполненными в момент поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.6. Исполнитель информирует Пациента о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данная информация представлена на информационном стенде Исполнителя.

3.7. Исполнитель имеет право (но не обязанность) по согласованию с Пациентом и Плательщиком уменьшить стоимость услуг по сравнению с Прейскурантом (в том числе в рамках сезонных скидок и т.д.), при условии, что уменьшенная стоимость услуг остается одинаковой для потребителей соответствующей категории, то есть соответствует требованиям ч.2 ст. 426 Гражданского кодекса РФ.

3.8. Излишне оплаченные Плательщиком суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.9. В случае неисполнения Договора либо невозможности исполнения Договора, возникшей по вине Пациента, услуги подлежат оплате в полном объеме, если иное не предусмотрено законом или настоящим Договором, при этом задаток не подлежит возвращению Плательщику. Указанная норма не распространяется на отказ Пациента от исполнения Договора, предусмотренный пунктом 4.1.6., Договора.

3.10. В случае если невозможность исполнения Сторонами обязательств по настоящему Договору возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Плательщик оплачивает стоимость ранее оказанных ему услуг (согласно Прейскуранту), а также возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, если иное не предусмотрено законом.

4. ПРАВА И ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Пациент имеет право:

4.1.1. на информацию об Исполнителе и оказываемой медицинской и иной услуге;

4.1.2. на соблюдение Исполнителем разумных сроков оказания услуг, исходя из их специфики, а в случае медицинских услуг — дополнительно исходя из течения заболевания, наличия осложнений. Приблизительный (средний) срок оказания медицинских и иных услуг указывается в плане лечения, согласуемом с Пациентом и отраженном в медицинской документации. При обращении за услугами в ситуативном порядке сроки их оказания согласовываются сторонами устно. Сроки оказания медицинских услуг соответствуют порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи и иным нормам законодательства, регулирующим данный вопрос;

4.1.3. на безопасность оказываемых услуг, а случае оказания медицинских услуг — также на соблюдение качества и отсутствие дефектов медицинской помощи при разумном соответствии действий Исполнителя, в условиях обоснованного риска, тяжести заболевания, состояния Пациента или иным объективным условиям оказания услуги;

4.1.4. на информацию об обстоятельствах, которые могут повлиять на качество оказываемой услуги или привести к невозможности исполнения Договора;

4.1.5. на отказ от оплаты услуги, не предусмотренной Договором;

4.1.6. в любое время отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных ему услуг (согласно Прейскуранту) и суммы фактически понесенных Исполнителем расходов;

4.1.7. на реализацию иных прав, в том числе предусмотренных его специальным статусом - потребителя в сфере услуг.

4.2. Пациент обязан:

4.2.1. исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями настоящего Договора, а также обязательствами и требованиями закона, иных правовых актов, а при их отсутствии — в соответствии с обычаями оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями;

4.2.2. оплатить оказанные ему услуги в сроки и в порядке, предусмотренном настоящим Договором (согласно п. 3.4 Договора данная обязанность пациента возлагается на Плательщика);

4.2.3. ознакомиться и выполнять Правила, указанные в п. 2.8 настоящего Договора.

4.2.4. информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Пациентом настоящего Договора;

4.2.5. оказывать Исполнителю максимальное содействие в вопросах надлежащего исполнения Договора;

4.2.6. в случае получения медицинских услуг — оказывать Исполнителю максимальное содействие в оказании качественной и безопасной медицинской помощи. Применительно к специфике медицинской услуги такими действиями являются:

· предоставление необходимой Исполнителю объективной и полной информации на всех этапах диагностики, профилактики и лечения (в т.ч. о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, наличии опасных для общества заболеваниях и т.д.);

· немедленное извещение Исполнителя либо посещение его для оказания медицинской помощи при появлении боли, дискомфорта и других жалоб, как в период лечения, так и после его окончания;

· точное выполнение рекомендаций Исполнителя, его медикаментозных и иных назначений;

· соблюдение запланированных сроков приема, включая частоту прихода на контрольно-профилактические осмотры и прочее;

· явка на прием в строго назначенное время, а в случае возникновения непредвиденных обстоятельств, мешающих явке — информирование Исполнителя о необходимости отмены или изменения назначенного времени получения медицинской услуги.

4.3. Исполнитель имеет право:

4.3.1. в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору (если Договором предусмотрено оказание медицинских услуг) при условии наличия у Пациента способности выразить свою волю и отсутствия экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента в случае возникновения одного и более из нижеперечисленных обстоятельств:

· невозможность обеспечить безопасность услуги;

· возникновение медицинских противопоказаний для оказания услуги;

· иная невозможность оказать медицинскую услугу.

4.3.2. в одностороннем порядке отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору (если Договором предусмотрено оказание иных услуг (немедицинских)) без каких-либо дополнительных условий возможного отказа в соответствии с законодательством Российской Федерации;

4.3.3. требовать от Пациента исполнения Правил внутреннего распорядка ООО МЦ "АльдоМед", требований либо предписаний медицинского персонала и иных сотрудников Исполнителя;

4.3.4. требовать от Плательщика (в случаях, указанных в п. 3.4 Договора, от Пациента) полной и своевременной оплаты оказанных ему медицинских и иных услуг;

4.3.5. самостоятельно определять время и порядок оказания медицинских и иных услуг Пациенту (с учетом медицинских показаний и графика работы соответствующих подразделений и/или работников Исполнителя);

4.3.6. не приступать к оказанию услуг в случаях нарушения Пациентом или Плательщиком своих обязанностей по Договору, препятствующих надлежащему исполнению Исполнителем Договора;

4.3.7. самостоятельно принимать решение о проведении или прекращении медицинского вмешательства в интересах Пациента по экстренным показаниям для устранения угрозы его жизни в ситуации неспособности Пациента выразить свою волю или отсутствия его представителей в соответствии с законодательством РФ;

Исполнитель _____ Плательщик _____ Пациент _____

4.3.8. переносить или отменять время оказания услуг Пациенту в случае его опоздания более чем на 30 (тридцать) минут по отношению к назначенному времени;

4.3.9. по согласованию с Пациентом и Плательщиком в случаях и в порядке, предусмотренном п.3.7 Договора, уменьшить стоимость Услуг, указанную в Прейскуранте;

4.3.10. привлекать других лиц к исполнению своих обязательств по Договору для обеспечения возможности их исполнения (например, клинико-диагностические лаборатории), а также направлять Пациента и (или) его биологический материал в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских и иных услуг в соответствии с условиями настоящего Договора, а также в целях безопасности и (или) повышения качества оказываемых услуг.

4.4. Исполнитель обязан:

4.4.1. исполнять обязательства надлежащим образом в соответствии с условиями настоящего Договора, а также обязательствами и требованиями закона, иных правовых актов, а при их отсутствии – в соответствии с обычаями оборота или иными обычно предъявляемыми требованиями;

4.4.2. оказывать услуги своевременно при условии предварительного получения добровольного информированного согласия Пациента на медицинское вмешательство (в части оказания медицинских услуг);

4.4.3. в случае оказания медицинских услуг — использовать методы профилактики, диагностики и лечения в установленном действующим законодательством порядке, а также обеспечивать применение лекарственных препаратов и медицинских изделий, оборот которых разрешен на территории РФ;

4.4.4. в случае оказания медицинских услуг — организовывать и осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, обязательными для данного вида деятельности, в том числе порядками оказания медицинской помощи, и с учетом стандартов медицинской помощи;

4.4.5. вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке;

4.4.6. вести учет видов, объемов, стоимости медицинских и иных услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Плательщика и (или) Пациента;

4.4.7. в случае оказания медицинских услуг — предоставлять Пациенту в доступной для него форме имеющуюся информацию о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, их эффективности и связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, результатах проведенного лечения;

4.4.8. обеспечивать Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских и иных услуг с указанием их стоимости, условиях предоставления и получения услуг, а в случае оказания медицинских услуг — также сведения об образовании и квалификации медицинских работников;

4.4.9. осуществлять внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с законодательством РФ;

4.4.10. обеспечивать надлежащий уровень образования и квалификации работников за счет необходимой профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации работников в соответствии с трудовым законодательством РФ;

4.4.11. в случае наличия способности Пациента выразить свою волю и при отсутствии экстренных показаний для устранения угрозы его жизни, немедленно предупредить Пациента и до получения от него указаний приостановить оказание услуги при обнаружении обстоятельств, которые могут отрицательно повлиять на результат оказания услуги, на ее безопасность или возможность ее оказания в намеченный срок;

4.4.12. обеспечить Пациента в доступной для него форме информацией о правилах и условиях эффективного и безопасного пользования результатами оказанной ему общеоздоровительной, медицинской или иной услуги, а также о возможных для самого Пациента и других лиц последствиях несоблюдения соответствующих требований.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут друг перед другом ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора в соответствии с законодательством РФ.

5.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств, если это произошло вследствие непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, а также за возможные осложнения и ухудшения заболевания (-ний), состояния (-ний) Пациента вследствие нарушения самим Пациентом условий настоящего Договора, в частности, невыполнения им предписаний и рекомендаций Исполнителя, неинформирования Исполнителя об имеющихся заболеваниях и состояниях (в том числе в случае нарушении Пациентом пунктов 4.2.4. — 4.2.6. настоящего Договора).

5.4. Невыполнение Пациентом своих обязанностей по настоящему Договору признается его виновными действиями.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за изменение сроков оказания медицинских услуг, возникшее в связи с неявкой или несвоевременной явкой Пациента на назначенный прием, либо невыполнением Пациентом в назначенные Исполнителем сроки необходимых рекомендаций, обследований, специальных видов лечения, без которых дальнейшее продолжение лечения невозможно либо небезопасно.

5.6. Пациент соглашается с тем, что он не будет иметь претензий по поводу результатов оказанной медицинской или иной услуги, в случае если такие результаты были изменены в ходе оказания ему медицинских услуг другими медицинскими организациями.

5.7. Пациент согласен принять на себя ответственность за результат медицинской услуги, оказываемой по его настоянию и вопреки рекомендациям врача. Такие услуги оказываются как временные, поддерживающие меры, и только в случаях, если сами услуги не наносят вреда здоровью. Оказанные в соответствии с данным пунктом Договора услуги не отменяют необходимости выполнения обязанностей Пациента, указанных в Договоре.

5.8. При несоблюдении предусмотренных настоящим Договором сроков расчета за оказанные услуги Плательщик (в случаях, указанных в п. 3.4 Договора, Пациент) уплачивает Исполнителю неустойку в размере 1% (один процент) от общей суммы задолженности за каждый день просрочки.

5.9. В случае привлечения Исполнителем других лиц (субисполнителей) к исполнению своих обязательств по Договору, Исполнитель несет ответственность перед пациентом за последствия неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств субисполнителем. При этом, Пациент вправе обратиться с требованиями, связанными с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств субисполнителем, напрямую к субисполнителю (ч.3 ст. 706 Гражданского кодекса РФ). В случае направления Пациента и (или) его биологического материала в другие специализированные медицинские организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских и иных услуг (например, для проведения ПЦР-диагностики на определения наличия/отсутствия генетического материала (РНК) вируса COVID-19 в биологическом материале пациента), Исполнитель не несет ответственности перед Пациентом за качество, безопасность и своевременность услуг, оказанных другими специализированными организациями.

6. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДАННОГО ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 6 (шести) месяцев. В случае, если к моменту окончания срока действия настоящего Договора, услуги, согласованные в плане лечения, не были выполнены в полном объеме по причине смещения сроков оказания услуг из-за возникновения медицинских показаний (противопоказаний), то после окончания срока действия Договора Исполнитель обязан выполнить предусмотренные договором обязательства, а Плательщик обязан оплатить услуги на условиях Договора.

6.2. В случае, если к моменту окончания срока действия настоящего Договора, услуги, согласованные в плане лечения, не были выполнены в полном объеме по вине Пациента, то Исполнитель освобождается от выполнения дальнейших обязательств по Договору.

6.3. В случае, если невозможность исполнения сторонами обязательств по настоящему Договору возникла по иным обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Договор прекращает свое действие.

6.4. При последующем обращении Потребителя к Исполнителю за оказанием ему платных медицинских и/или иных услуг после окончания срока действия Соглашения, настоящее Соглашение считается автоматически перезаключенным (пролонгированным), если ни одна из сторон не выразила своих требований по поводу изменения его положений. Однако при этом Сторонами должен быть согласован новый план лечения.

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору имеют силу только в том случае, если они оформлены в письменном виде и подписаны обеими Сторонами.

Исполнитель _____ Плательщик _____ Пациент _____

7.2. Каждая из сторон вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора при условии соблюдения требований, предусмотренных п. 4.1.6 и п. 4.3.1, 4.3.2 настоящего Договора, о чем обязана уведомить другую сторону в письменной форме, вследствие чего Договор будет считаться прекратившим свою силу с момента получения соответствующей стороной такого уведомления.

8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

8.1. До предъявления иска, вытекающего из Договора, сторона, считающая, что ее права нарушены (далее - заинтересованная сторона), обязана направить другой стороне письменную претензию. В случае неполучения ответа в разумный срок либо несогласия с ответом заинтересованная сторона вправе обратиться в суд.

8.2. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами в рамках Договора или в связи с ним, не урегулированные в претензионном порядке, подлежат разрешению в суде по месту нахождения Исполнителя или по месту заключения и исполнения настоящего Договора или в суде по месту жительства или пребывания Пациента.

9. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

9.1. Сведения о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляют врачебную тайну и подлежат разглашению только при согласии Пациента на их распространение неограниченному или строго определенному кругу лиц, а также по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ. В случаях предоставления Пациенту сторонними медицинскими организациями медицинских услуг, направленных на достижение цели настоящего Договора или иным образом связанных с исполнением настоящего Договора, Пациент, подписывая настоящий Договор, выражает свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем и указанными медицинскими организациями сведениями, составляющими его врачебную тайну и относящимися к персональным данным.

9.2. Подписывая настоящий Договор Пациент дает согласие на обработку его персональных данных с учетом требований Федерального закона от 27.07.2006 № 152 «О персональных данных».

9.3. Исполнитель информирует Пациента о том, что в связи с тем, что действия биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель по независящим как от него, так и от Пациента причинам не может гарантировать только лишь положительный результат оказанной медицинской услуги.

9.4. Даже при надлежащем выполнении всеми сторонами своих обязательств по Договору, качественном оказании медицинской помощи, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат оказания медицинской услуги не является на 100% прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении здоровья, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже в ухудшении патологических процессов.

9.5. Настоящий Договор составлен в двух подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9.6. Права и обязанности Пациента могут осуществляться его представителем в силу и в пределах полномочия, основанного на доверенности, указании закона либо акте уполномоченного на то государственного органа или органа местного самоуправления.

9.7. Подписывая настоящий Договор, Пациент дает согласие и поручает Исполнителю в случае необходимости от его имени и в его интересах направлять биологический материал Пациента в сторонние специализированные организации в целях получения необходимой и достаточной информации о наличии у Пациента заболеваний (состояний), препятствующих оказанию медицинских и иных услуг (например, для проведения ПЦР-диагностики на определения наличия/отсутствия генетического материала (РНК) вируса COVID-19 в биологическом материале пациента). По устной договоренности с Пациентом Исполнитель также может являться заказчиком и плательщиком услуги по исследованию биологического материала в интересах Пациента. В таком случае услуга по исследованию биологического материала не регулируется настоящим Договором, Пациент вступает во взаимоотношения со сторонней медицинской организацией напрямую, а Исполнитель выступает как представитель пациента и не несет ответственности за качество, безопасность и эффективность услуги по исследованию биологического материала, оказанной иной специализированной организацией.

9.8. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

10. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ПАЦИЕНТ

Наименование	ООО МЦ "АльдоМед"
Фирменное наименование	ООО МЦ "АльдоМед"
Юридический адрес	г.Бутурлиновка.ул. Карла Маркса, д.55
Почтовый адрес	г.Бутурлиновка.ул. Карла Маркса, д.55
Телефон	8-919-18-18-013
Факс	8-919-18-18-013
Код по ОКПО	60107224
Коды по ОКВЭД	86.21
ИНН/КПП	3605009357 / 360501001
ОГРН	1213600018741
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ	Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы №3 по Воронежской области от 24.05.2021г
Расчетный счет	40702810514030000357
в (наимен. банка)	Воронежский РФ АО «РОССЕЛЬХОЗБАНК»
БИК	042007811
Корр. счет	3010181070000000811
Директор	Попов С.Ю.

ФИО	
Дата рождения	
Паспорт или свидетельство о рождении, серия и номер	
Дата выдачи и кем выдан (о)	
Адрес регистрации	
Адрес места жительства	
Телефон	

ПЛАТЕЛЬЩИК

ФИО	
Паспорт серия и номер	
Дата выдачи и кем выдан	
Адрес регистрации	
Адрес места жительства	
Телефон (дом. и моб.)	
Адрес электр. почты	

(подпись)

(подпись Плательщика)

Исполнитель _____

Плательщик _____

Пациент _____

М.П.
14.06.2023

14.06.2023

Исполнитель _____ Плательщик _____ Пациент _____

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 к ДОГОВОРУ №
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

№	Наименование работы (услуги)	Период оказания	Стоимость в руб.	Общая стоимость, руб.
1				

ИТОГО:

Итого общая стоимость составляет руб.

Исполнитель: _____

(подпись)

Заказчик: _____

(подпись)

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

г. Бутурлиновка
Я, _____

«_» _____ 20__ г.

(Ф.И.О. пациента, год рождения)

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациент(ка), обратившись за медицинской помощью в ООО Медицинский центр «Альдомед», 397500, Воронежская область, Бутурлиновский район, город Бутурлиновка, улица Карла Маркса, дом 55. (далее по тексту – Клиника) в соответствии и на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 323) **проинформирован(а)** о том, что для определения состояния моего здоровья, получения сведений о наличии у меня того или иного заболевания, состояния, для установления моего медицинского диагноза и дальнейшего планирования, и оказания необходимых медицинских услуг, мне необходимо пройти первичный план обследования и дальнейшее лечение. В связи с этим **я даю информированное добровольное согласие на проведение мне в ООО Медицинский центр «Альдомед» 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 Минздравсоцразвития РФ от 23.04.2012 № 390н, в частности на: *опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза; осмотр, в том числе пальпацию, перкуSSION, аускультацию; антропометрическое исследование; термометрию; тонометрию; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторные методы обследования, в т.ч. клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические; ультразвуковые, функциональные методы обследования, в том числе электрокардиографию; рентгенологические методы обследования; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в т.ч. внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно.*

Я проинформирован(а) и согласен(на), что общий план моего обследования и лечения может включать не только консультации врачей-специалистов Клиники, но при необходимости я могу быть направлен на консультации и(или) диагностические мероприятия в другие медицинские организации.

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. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно. **Я согласен(на)** на оказание мне данных видов медицинского вмешательства, как на этапе первичного обследования, так и в дальнейшем при оказании мне Клиникой платных медицинских услуг.

Я удостоверяю, что мне не был поставлен диагноз «наркомания» по результатам медицинского освидетельствования в соответствии с Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах».

Я удостоверяю, что не признан судом недееспособным вследствие психического расстройства и надо мной не установлена опека, равно как я и не ограничен судом в дееспособности вследствие наличия психического расстройства или пристрастия к азартным играм, злоупотребления спиртными напитками или наркотическими средствами и надо мной не установлено попечительство.

Я информирован(на), что я имею право отказаться от любых медицинских вмешательств за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 ФЗ № 323. Мне разъяснено и понятно то, что в соответствии с нормами законодательства такой отказ оформляется в письменной форме.

Я проинформирован(а) том, что несоблюдение указаний Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я ознакомился(лась) и согласен(на) с Правилами оказания платных медицинских услуг в ООО Медицинский центр «Альдомед» (публичной офертой) от 14.06.2023; Правилами внутреннего распорядка ООО Медицинский центр «Альдомед» от 14.06.2023 г и Прейскурантом на медицинские услуги ООО Медицинский центр «Альдомед». Обязуюсь соблюдать Правила поведения пациента, режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности. Подписывая настоящее согласие, я полностью и безоговорочно принимаю условия публичной оферты ООО Медицинский центр «Альдомед» (акцептуя оферту), что в соответствии со статьями 434, 438 Гражданского Кодекса РФ приравнивается к письменной форме заключения сделки (договора об оказании платных медицинских услуг). Однако я проинформирован, что при моем или Клиники желании договор может быть заключен и в простой письменной форме.

Я информирован(на) о том, что в соответствии со статьей 13 ФЗ № 323 моя медицинская информация, в том числе медицинская документация составляют врачебную тайну. Мне подтверждена гарантия конфиденциальности такой информации, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», **я подтверждаю свое согласие** на обработку Клиникой моих персональных данных, в том числе биометрических, как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в целях оказания мне платных медицинских услуг, совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц.

Я прошу работников Клиники направлять мне по электронной почте _____ (указать адрес электронной почты) и (или) путем SMS-сообщения и (или) сообщения через мобильные мессенджеры (Viber, WhatsApp, Telegram и т.д.) по телефону _____

_____ (указать номер телефона) информацию о предстоящей записи на прием к врачам-специалистам Клиники, информацию об оказанных мне медицинских услугах и ходе моего лечения, результаты рентгенологических и иных диагностических исследований, а также информацию о специальных программах и акциях Клиники. **Я проинформирован** о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу работников Клиники направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронной почты и (или) SMS-сообщений**, так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Также я выражаю согласие на использование вышеуказанной информации в целях направления по моей просьбе кассового чека или бланка строгой отчетности в электронной форме на предоставленный абонентский номер либо адрес электронной почты в соответствии с Федеральным законом от 22.05.2003 № 54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием электронных средств платежа».

Я разрешаю предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) всем медицинским работникам и сотрудникам Клиники, причастным к данному случаю оказания мне медицинской помощи.

Я разрешаю использовать мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) для проведения контроля качества оказания мне медицинской помощи, в том числе с привлечением независимых специалистов.

Я разрешаю передавать мне информацию о состоянии моего здоровья в случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания.

Я разрешаю врачам и должностным лицам Клиники делать фотографии и видеозаписи, связанные с оказанием мне медицинских услуг и использовать их для научных, образовательных, рекламных, а также целей контроля качества и безопасности медицинской деятельности при условии, что идентификации меня как больного или личности не будет, фото- и видеоматериалы останутся анонимными.

Также **я разрешаю** предоставлять мою медицинскую информацию (в т.ч. документацию) следующим лицам:

Пациент _____ (подпись, Ф.И.О.)

Беседу провел _____ (подпись, Ф.И.О.)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

г. _____

« ____ » _____ 20__ г.

Я, _____,

(Ф.И.О. пациента)

серия _____ № _____ выдан _____

(вид документа, удостоверяющий личность)

(кем и когда)

проживающий(ая) по адресу _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю свое согласие на обработку ООО Медицинский центр «Альдомед», 397500, Воронежская область, Бутурлиновский район, город Бутурлиновка, улица Карла Маркса, дом 55. (далее - Оператор) моих персональных данных в целях заключения с Оператором договора на оказание платных медицинских услуг, дальнейшего его исполнения (в том числе, при установлении мне медицинского диагноза, оказании медицинских услуг и т.д.), а также совершения иных действий, порождающих юридические последствия в отношении меня или других лиц.

Персональные данные, на обработку которых я даю свое согласие, включают следующую информацию: мои фамилия, имя, отчество, пол, дата и место рождения, данные документа, удостоверяющего личность, адрес, контактные данные, профессия, место работы, реквизиты страхового полиса, идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), реквизиты пенсионного удостоверения (свидетельства), сведения о факте моего обращения за оказанием медицинской помощи, о состоянии моего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, включая мои биометрические данные, сведения об установленном диагнозе, о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи и любая иная информация, относящаяся к моей личности, доступная либо известная в любой конкретный момент времени Оператору.

Мои персональные данные могут быть получены Оператором как от меня лично, так и от любых третьих лиц, с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации.

Обработка моих персональных данных включает любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых Оператором для достижения указанных выше целей с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также иные действия с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

Я согласен с тем, что для достижения указанных выше целей Оператор в случае необходимости или кажущейся целесообразности может предоставить мои персональные данные и поручить их обработку третьему лицу, в том числе немедицинской организации, в случаях привлечении таких третьих лиц к оказанию мне услуг. **Я даю согласие** третьим лицам, которым Оператор передал мои персональные данные и поручил их обработку, обрабатывать мои персональные данные в целях и всеми способами, которые указаны в настоящем согласии, в том числе, но не ограничиваясь, **я даю согласие** таким третьим лицам передавать мои персональные данные и поручать их обработку своим субподрядчикам, привлеченным к предоставлению мне медицинских или иных услуг.

Я даю согласие Оператору и иным лицам, которые обрабатывают мои персональные данные, передавать мне или Оператору (в случае, если обработка осуществляется третьими лицами) информацию об оказанных мне медицинских услугах и ходе моего лечения, результаты рентгенологических и иных диагностических исследований, а также иную информацию, содержащую врачебную тайну, любым удобным способом, в том числе, по телефону, курьером, по почте, а также по электронным каналам связи: через мессенджеры (Viber, WhatsApp, Telegram и др.), по SMS или по электронной почте. **Я проинформирован** о том, что такая передача информации, в том числе медицинской информации и документации будет производиться по незащищенным каналам связи, в связи с чем возможна ее утечка и (или) иное непреднамеренное нарушение конфиденциальности. Несмотря на риск утечки моих персональных данных и сведений, составляющих мою врачебную тайну, **я выражаю желание и прошу Оператора или иных лиц, осуществляющих обработку моих персональных данных, направлять мне вышеуказанную информацию посредством электронных каналов связи,** так как риск ее утечки менее значим для меня по сравнению с удобством и комфортом ее получения по современным каналам связи. Я здраво оцениваю все риски и готов принять на себя возможную ответственность в случае нарушения конфиденциальности моей медицинской информации в результате ее пересылки по незащищенным каналам связи.

Я также разрешаю Оператору сообщать данные результатов моих обследований, сведения о факте обращения меня за медицинской помощью к Оператору, прочую информацию, возникшую в результате оказания медицинских услуг и содержащую врачебную тайну, всем заинтересованным лицам, включая моих близких родственников, работников Оператора, любых других лиц. При этом Оператор не требует с этих лиц никаких доказательств того, что их действия совершаются в моих интересах и (или) по моему согласию. **Я осознаю все риски и последствия** разглашения подобной информации и обязуюсь не предъявлять к Исполнителю никаких претензий, связанных с разглашением врачебной тайны.

Я согласен с тем, что Оператор в связи с передачей иному лицу принадлежащих ему функции и полномочий имеет право передать таким третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам в необходимом объеме информацию и (или) документы, содержащие мои персональные данные.

Я согласен с тем, что в случае оказания мне медицинских услуг по программам обязательного и (или) добровольного медицинского страхования. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств в соответствии с заключенными со мной договорами на обмен (прием или передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я ознакомлен(а) с тем, что в ООО МЦ «Альдомед» ведется видеонаблюдение с целью охраны моих законных интересов и деятельности учреждения, в том числе контроля за надлежащим качеством оказания мне медицинской помощи. Видеонаблюдение применяется на основании принятых в надлежащем порядке внутриорганизационных норм. С действующими правилами сбора и хранения видеозаписей меня ознакомили.

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных может осуществляться Оператором и на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской документации, который определяется законодательством РФ. Например, срок хранения амбулаторной карты пациента составляет двадцать пять лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа на имя Оператора, при этом я проинформирован, что у Оператора все равно остаются основания для обработки моих персональных данных, предусмотренные законодательством РФ (например, Оператор имеет право обрабатывать мои персональные данные в течении периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанных до этого момента медицинских услуг).

Подписывая настоящее согласие на обработку моих персональных данных, я подтверждаю, что имел (а) возможность задать необходимые вопросы, получить на них ответы и, давая данное согласие, действую добровольно и осознанно. Настоящее согласие на обработку персональных данных действует с момента представления бессрочно.

Пациент _____ (подпись/Ф.И.О.)