**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Обнинск \_\_.\_\_.201\_ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Орхидея», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора Есинского Павла Олеговича, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-40-01-001192 от 29.04.2016г., с одной стороны и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. В соответствии с условиями настоящего договора Исполнитель оказывает Пациенту платные (на возмездной основе) медицинские услуги (в дальнейшем «Услуги»), в соответствии с разрешенными видами медицинской деятельности согласно лицензии № ЛО-40-01-001192 от 29.04.2016г., а Пациент обязуется своевременно оплатить оказанные ему Услуги на условиях, предусмотренных настоящим договором.

1.2. При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим в Российской Федерации законодательством, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинским учреждением.

**2. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

Исполнитель оказывает Пациенту Услуги по настоящему договору в помещении клиники по адресу: Калужская область, г. Обнинск, ул. Гагарина 37.б, а также в медицинских учреждениях, имеющих с Исполнителем соответствующие договора. Кроме того Пациент может быть направлен в другие лечебные учреждения для консультации, лечения либо проведения диагностических исследований.

Исполнитель оказывает Услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией медицинского учреждения, и доводятся до сведения Пациента в наглядной и доступной форме на информационном стенде предприятия.

Предоставление Услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на приём через регистратуру Исполнителя посредством телефонной связи или непосредственно при обращении. Телефон администратора :8(48439) 499-92, 5-55-02.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

Стоимость Услуги (услуг) устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

При возникновении необходимости выполнения дополнительных услуг по результатам консультативного приема, обследования и лечения стоимость Услуги может быть изменена Исполнителем с учётом уточнённого диагноза, сложности ситуации и иных затрат на диагностику и лечение. В этом случае Исполнитель своевременно предупреждает Пациента об этом. Если Пациент не дал согласие на изменение стоимости Услуги, он вправе отказаться от исполнения договора. В этом случае Исполнитель вправе потребовать от Пациента уплаты цены за оказанную услугу, договор в этом случае, считается расторгнутым.

Оплата услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуги, путём внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчёту путём перечисления денежных средств на расчётный счёт Исполнителя. В случае изменения стоимости Услуги, доплата производится таким же образом.

**4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

**Исполнитель обязуется:**

4.11. своевременно и качественно оказывать Услуги в соответствии с профессиональными стандартами и методиками, разрешёнными на территории Российской Федерации.

4.12. давать Пациенту разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения.

4.13. обеспечивать Пациента в установленном порядке информацией, включающей в себя: сведения о месте и времени оказания Услуги, режиме работы, перечне предоставляемых платных медицинских Услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих Услуг, включая сведения о льготах для отдельных категорий граждан, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

4.14. соблюдать конфиденциальность факта обращения, диагноза и лечения Пациента и предоставлять его результаты только Пациенту, или указанным им лицам (врачебная тайна). Нарушение врачебной тайны допускается только в случаях, предусмотренных законом.

**Пациент обязуется:**

4.21. до начала оказания медицинской Услуги проинформировать лечащего врача о перенесённых заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, сообщить правдивые сведения о наследственности, а так - же злоупотреблении алкоголем, табакокурением, наркотическими препаратами или токсическими средствами и т.д..

4.22. при обращении за медицинской помощью по каждому случаю заболевания, а так же при проведении медицинских манипуляций, операций, специализированных диагностических вмешательств подписать Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, которое является неотъемлемой частью данного договора. Согласие должно быть добровольным, ничем не обусловленным.

4.23. неукоснительно выполнять все рекомендации и назначения лечащего врача.

4.24. оплачивать полученную Услугу, в соответствии с п.3.3 настоящего договора и являться на прием в соответствии с назначенным врачом временем.

**4.3. Исполнитель вправе:**

4.31. не оказывать Услуги Пациенту в случае не оплаты их в установленном порядке или наличии задолженности по оплате.

4.32. отказать в оказании Услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, грубо нарушающему порядок поведения, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.

4.33. самостоятельно определить объем исследований, манипуляций и прочих вмешательств, необходимых для установления диагноза и объема оказания медицинской помощи, в случае возникновения экстренных и неотложных ситуаций в состоянии здоровья Пациента.

**4.4. Пациент вправе:**

4.41. знакомиться с документами, подтверждающими правоспособность Исполнителя и квалификацию его медицинских работников.

4.42. заявлять претензии в письменном виде относительно качества предоставляемых Услуг не позднее 10 дней с момента их оказания на имя Главного врача Исполнителя.

4.43. отказаться от получения Услуги в любое время при условии оплаты Исполнителю фактически понесённых им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

4.44. получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантов медицинского вмешательства, их последствиях и результатах лечения в период действия настоящего договора.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

Стороны несут ответственность за неисполнение обязательств по настоящему договору и нарушение прав и законных интересов другой стороны в соответствии с действующим законодательством.

Исполнитель, в соответствии с законодательством Российской Федерации, несёт ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего договора, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Кроме того, в случае несоблюдения Пациентом рекомендаций лечащего врача по лечению, режиму, сообщении недостоверных данных согласно п. 4.23. настоящего договора и иных неправомерных действий.

Исполнитель не несет ответственности в случаях: возникновения осложнений по вине Пациента (несвоевременное сообщение о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья и др.), прекращения лечения по инициативе Пациента.

Исполнитель не несет ответственности за наступление осложнений, если услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований и осложнения возникли в связи с тем, что побочные эффекты и осложнения, возникают вследствие биологических особенностей организма и используемая технология оказания платной медицинской услуги не может полностью исключить их вероятность.

Сторона, считающая, что ее права по настоящему договору нарушены, вправе направить другой стороне письмо с изложением своих претензий. Сторона, получившая претензию, обязана ответить на нее в срок до 10 дней с момента получения.

С согласия Пациента или его представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Пациента, только в случаях установленных законом.

Претензии и споры, возникшие между Исполнителем и Пациентом, разрешаются по соглашению сторон. Стороны примут все меры к разрешению их путём переговоров. В остальных случаях претензии и споры разрешаются в суде в соответствии с действующим законодательством РФ.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует по \_\_\_.\_\_\_.201\_ г.

Если ни одна из сторон за 1 (один) месяц до окончания настоящего договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, договор считается продленным.

Договор может быть расторгнут в следующих случаях:

- по соглашению сторон;

- в случаях, предусмотренных настоящим договором;

- по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Любые изменения и дополнения к настоящему договору должны быть составлены в письменной форме и подписаны сторонами либо их уполномоченными представителями.

**7.РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

« Исполнитель»: **ООО «Орхидея»** « Пациент»:

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес: 249034, Калужская обл., г. Обнинск, ул. Гагарина, 37Б  ИНН 4025426327 / КПП 402501001  Р/с 40702810722230120927 Отделение №8608 Сбербанка России г. Калуга  БИК 042908612  К/с 30101810100000000612 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  Паспорт:  выд.  ( кем выдан)  Адрес регистрации, телефон  Тел.: |

**8. ПОДПИСИ СТОРОН**

«Исполнитель » « Пациент»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (П.О.Есинский) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

м.п.

**Для пациентов, за платные медицинские услуги которых**

**оплату производят иные лица**

С условиями договора ознакомлен (-на). Согласен (-на) принять на себя финансовые обязательства по данному договору супруг(-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель; лицо, действующее по доверенности *(нужное подчеркнуть).*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., паспорт: серия, номер, кем и когда выдан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации, телефон)

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О. полностью)*

проживающий по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(по месту регистрации*

паспорт , выд. ,

*(серия, номер, дата выдачи*

,

*наименование выдавшего органа)*

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку клиникой Ниармедик ООО «Орхидея» располагающейся по адресу: Калужская область, г. Обнинск, ул.Гагарина, дом 37Б, (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью 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.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам 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 (до кументов) по договором ДМС (ОМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по договору ДМС (ОМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование страховой компании*

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 осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов 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 \_\_.\_\_.201\_ 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.

Контактный телефон(ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_и почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
20 декабря 2012 года N 1177н

**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, | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | (Ф.И.О. гражданина) | | | | | | | | | | | | |
|  | | | г. рождения, | | | | | | | | | | |
| зарегистрированный по адресу: | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | (адрес места жительства гражданина либо 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 года N 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 года N 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 ответственностю "Орхидея" | | | | | | | | | | | |  | | |
| (полное наименование медицинской организации) | | | | | | | | | | | |  | | |
| Медицинским работником | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | (должность, 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 вПеречень , или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 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 года 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) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| (Ф.И.О. гражданина, контактный телефон) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| (подпись) | | | | |  | | | (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина) | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | | | |
| (подпись) | | | | |  | | | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | | | |
|  |  | | |  | |  |  | | | |  |  |  | | |

(дата оформления)