Договор № _____ на оказание медицинских услуг

г. Сочи _____

Общество с ограниченной ответственностью «АРМЕД», именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице директора Мамиконян Н. Р., действующей на основании Устава и Лицензии № __Л041-01126-23/00342958__ от _25.12.2018_ г., выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109012, Москва, Славянская площадь, д.4, стр.1, тел. (499) 578-02-20) на осуществление медицинской деятельности при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лабораторной диагностике, операционному делу, организации сестринского дела, сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностики, организации здравоохранения и общественному здоровью, 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), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологи, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, колопроктологии, косметологии, неврологии, нефрологии, онкологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, рефлексотерапии, физиотерапии, эндокринологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, онкологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), сестринскому делу, хирургии, челюстно-лицевой хирургии. При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются работы (услуги) по экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны и _____ _____, именуемый (-ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

Настоящий договор определяет условия оказания платных медицинских услуг:

1.1. Потребитель поручает и оплачивает, а Исполнитель обязуется оказать Потребителю платную медицинскую услугу (-и):
_____
_____
_____ _____ _____.

1.2. Исполнитель оказывает услугу (-и) Потребителю в день подписания настоящего договора и/или в другие дни, согласованные сторонами договора.

2. Стоимость и порядок оплаты

2.1. Стоимость услуг, предусмотренных настоящим Договором, составляет (рублей):
_____ _____.

2.2. Оплата услуг производится наличными и/или безналичными денежными средствами. Потребитель дает согласие на внесение 100% предоплаты по настоящему договору.

2.3. Услуги оказываются после подписания Потребителем согласия на медицинское вмешательство и на обработку персональных данных.

2.4. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных настоящим договором, они выполняются с согласия Потребителя с оплатой по утвержденному прейскуранту и оформляются дополнительным соглашением к настоящему договору.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан: оказать Потребителю квалифицированную медицинскую помощь в установленный договором срок; предоставить Потребителю бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемой услуге; оказывать услуги качественно и в полном объеме.

3.2. Исполнитель имеет право: в случае возникновения экстренных ситуаций, которые могут повлечь за собой угрозу жизни и здоровью Потребителя, самостоятельно определять объем услуг (исследований), необходимых для установления диагноза, оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором, при этом стоимость таких услуг оплачивается отдельно.

3.3. Потребитель обязан: информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях и т.д.; точно выполнять назначения врача; соблюдать правила внутреннего распорядка ООО «АРМЕД»; своевременно и полностью оплатить стоимость услуг.

3.4. Потребитель имеет право: на предоставление информации о медицинской услуге; на оказание медицинской услуги качественно и в полном объеме; на возмещение вреда в случае ненадлежащего исполнения услуг по договору.

4. Ответственность сторон

4.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение взятых обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

4.2. В случае невозможности оказания услуг по договору по вине Исполнителя, при условии предоплаты, Потребителю возвращается 100% стоимости оплаченных услуг.

4.3. Потребитель предъявляет претензии Исполнителю по вопросам качества оказанных услуг в письменном виде. Срок подачи претензий и сроки их рассмотрения определяются действующим законодательством.

4.4. Потребитель несет материальную ответственность за нанесенный Исполнителю ущерб в случае предоставления недостоверной информации и нарушения обязательств п. 3.3 настоящего договора.

4.5. Исполнитель бесплатно предоставляет Потребителю медицинские документы, их копии и выписки, в соответствии с приказами Минздрава от 31.07.2020 № 789н, от 14.09.2020 № 972н, п. 23 Правил предоставления платных медуслуг, утвержденных постановлением Правительства от 11.05.2023 № 736 и действующими локальными правовыми актами.

5. Прочие условия

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует до 31.12. 2025 г.

5.2. Стороны будут стремиться разрешать все споры и разногласия по договору путем переговоров и консультаций. Если указанные споры не могут быть решены путем переговоров, они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством (до обращения в суд по поводу качества оказанных услуг стороны обязуются провести независимую экспертизу).

5.3. Стороны вправе расторгнуть настоящий договор по обоюдному соглашению.

5.4. Данный договор составлен в двух экземплярах имеющих равную юридическую силу. Вопросы, неурегулированные в настоящем Договоре, подлежат разрешению в соответствии с законодательством РФ.

6. Реквизиты и подписи сторон

«Исполнитель»	**«Потребитель»**
ООО «АРМЕД»	_____,
Краснодарский край, г. Сочи, ул. Гагарина, д.19А, ИНН 2320147542	Адрес проживания:_____
КПП 232001001, ОГРН 1072320000917, р/с 40702810830060002328	_____,
Юго-Западный Банк ПАО Сбербанк России г. Ростов-на-Дону	Паспорт серия _____ № _____,
к/с 30101810600000000602, БИК 046015602	Выдан _____,
Тел/факс (862) 254-55-55, сайт armed-mc.ru, email armed-sochi@bk.ru	_____
Директор ООО «АРМЕД»	Тел._____
_____ Н. Р. Мамиконян	_____/_____/

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 12.11.2021 № 1051н

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, дата рождения)

_____
(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 г. № 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи», для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), Приказа Минздрава России от 12 ноября 2021 г. № 1051н «Об утверждении Порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от медицинского вмешательства, формы информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и формы отказа от медицинского вмешательства» в **ООО «АРМЕД»** на медицинские услуги по Договору № _____ от _ _____
_____
_____
_____
_____
_____
(наименования услуг, должность и 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».

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), в том числе после смерти:

_____
(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

✔ _____ _____
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____ _____
(Ф.И.О. полностью)

проживающего по адресу _____ _____
паспорт _____ _____

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.2006 г. «О защите персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку **ООО «АРМЕД»**, расположенного по адресу: 354065, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Гагарина 19А (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях осуществления рекламно-информационной рассылки и повышения качества обслуживания, установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их **обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну** .

Для достижения указанных выше целей по осуществлению рекламно-информационной рассылки и повышения качества обслуживания Оператор вправе в необходимом объеме передавать мои персональные данные третьим лицам, их агентам и иным уполномоченным ими лицам, а также предоставлять таким лицам соответствующие документы, содержащие мои персональные данные.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам и Оператору, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о фактах моего обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе) другим должностным лицам Оператора (работникам, представителям и партнерам страховых компаний, оплачивающих оказываемые медицинские услуги), 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, в электронную амбулаторную карту.

Я ознакомлен, что в целях антитеррористической безопасности, на территории Оператора ведется видеонаблюдение, камеры направленны на холлы, входные зоны, рабочие места персонала, претензий к Оператору не имею, мне разъяснено, что при видеозаписи Оператор несет полную ответственность за конфиденциальность полученных данных, их передачу и хранение, предусмотренную действующим законодательством.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств на обмен (прием и передачу) моими персональными данными с медицинскими организациями, органам исполнительной власти, государственным структурам, а так же в порядке установленном действующим законодательством с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной _____ _____ и действует в течение срока хранения медицинской документации.

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 _____ ✔ _____ __