

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Реутов

00.00.00г.

Общество с ограниченной ответственностью "МедФлеб", именуемое в дальнейшем «ИСПОЛНИТЕЛЬ» (действующая лицензия на право осуществления медицинской деятельности № Л041-01162-50/00364108 от 14.12.2021г., выдана Министерством здравоохранения Московской области ,находящейся по адресу : М.О. г.Красногорск,бул.Строителей,1; телефон +74986020301, , в лице Генерального директора Казьмина Зория Викторовича ,действующей на основании Устава, с одной стороны и Гр. _____, именуемый в дальнейшем «ЗАКАЗЧИК», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Заказчик поручает , а Исполнитель обязуется оказать медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические и другие, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешённым на территории РФ в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения для ПАЦИЕНТА _____, а ЗАКАЗЧИК добровольно принимает на себя, обязательства оплатить указанные медицинские услуги (Приложение №1) в размере, порядке и сроки которые установлены настоящим Договором.
 - 1.2. Перечень услуг, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации ,указан в лицензии на осуществление медицинской деятельности Исполнителя ,которая является неотъемлемой частью настоящего Договора и находится в доступной форме на информационном стенде и официальном сайте Исполнителя, Пациент ознакомлен с прейскурантом цен Исполнителя до подписания настоящего Договора
 - 1.3. Если иное не согласовано Сторонами ,медицинские услуги предоставляются в день обращения за медицинской помощью.
 - 1.4. Перечень и стоимость оказанных медицинских услуг определяются в соответствии с приложением (Приложение №1) к настоящему Договору.
 - 1.5. Заказчик(Пациент) подтверждает, что при наличии медицинских показаний согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств ,в том числе в объеме ,превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.
 - 1.6. Сторонами может быть согласован отдельный перечень медицинских услуг, оказываемых Пациенту, с указанием дополнительных объемов, стоимости и сроков оказания (ожидания) услуг.
 - 1.7. Основанием для оказания платных медицинских услуг является:
 - наличие лицензии на соответствующие виды деятельности;
 - добровольное согласие Пациента или его законного представителя ,на получение медицинских услуг для Пациента ,которое подтверждается подписание настоящего договора;
 - предъявление Пациентом документа удостоверяющего личность(Указ Президента РФ от 13.03.1997 №232) ;
 - предъявление Пациентом документа ,подтверждающего ,что он является законным представителем Пациента (при необходимости);
 - исполнение Пациентом условий и обязанностей по настоящему Договору.
 - 1.8. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием.
 - 1.9. По заверению Пациента –услуги в рамках настоящего Договора не оказываются анонимно.
- Пациент проинформирован о праве получения услуги на анонимной основе.

2. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

- 2.1. Стоимость предоставляемых услуг определяется Прейскурантом Исполнителя, согласно ценам, установленным Исполнителем на день оказания данной услуги, НДС не облагается в связи с применением Исполнителем УСН (п.п. 2 п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ).
- 2.2. Исполнитель приступает к оказанию услуг после подписания настоящего Договора и получения оплаты за оказание услуг в полном объеме. Услуги подлежат оплате в течение 1 (одного) дня с момента подписания настоящего Договора. Исполнитель вправе не приступать к оказанию услуг до оплаты их Заказчиком.
- 2.3. Оказываемые по настоящему Договору услуги могут быть оплачены наличным/безналичным способом самим Заказчиком, его страховой компанией, либо третьим заинтересованным физическим или юридическим лицом на основании счета, выписанного Исполнителем (в теч.3 дней).

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 3.1. Платные медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с правоустанавливающими документами, регламентирующими деятельность медицинской организации ;лицензиями на медицинскую деятельность , порядками, стандартами и другими документами в соответствии с действующим законодательством России.
- 3.2. Заказчик (Пациент) дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Заказчика (Пациента) в объеме и способами, указанными в Федеральном Законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. В противном случае Заказчиком(Пациентом) оформляется отказ от обработки персональных данных.
- 3.3. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем только при наличии информированного добровольного согласия (ИДС) Пациента(законного представителя) на медицинское вмешательство, оформления медицинской карты и предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

4.1. Исполнитель обязан:

- 4.1.1. Информировать Заказчика (Пациента) о стоимости медицинских услуг путем ознакомления с действующим прейскурантом.
- 4.1.2. Оказать Заказчику (Пациенту) платные медицинские услуги ,в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг.
- 4.1.3. Ознакомить Заказчика (Пациента) с порядком оказания медицинской услуги ,учетом стандартов, а также информировать о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для обеспечения качественного лечения.
- 4.1.4. Предоставлять Пациенту или законному представителю по его требованию и в доступной для него форме информацию о состоянии его

здоровья, включая сведения о результатах обследования ,диагнозе ,методах лечения, ожидаемых результатах лечения, осложнениях, об альтернативных методах лечения.

4.1.5. После исполнения Договора выдать Заказчику медицинские документы ,отражающие состояние здоровья.

4.1.6. Выдавать по обращению Пациента (Заказчика) документы ,подтверждающие его фактические расходы на оказанные медицинские услуги .

4.1.7. Безотлагательно и бесплатно предоставлять медицинскую помощь в экстренной форме, необходимую для устранения угрозы жизни Пациента, при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний.

4.1.8. Соблюдать правила медицинской этики, хранить врачебную тайну.

4.2. Исполнитель имеет право:

4.2.1. Уведомить Заказчика(Пациента) о выполнении всех предписаний ,назначений, рекомендаций и условий ,обеспечивающих своевременное ,эффективное и качественное предоставление услуги в процессе ее оказания и после ее завершения.

4.2.2. Самостоятельно определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода Заказчика (Пациента) в другие лечебно-профилактические учреждения в соответствии с состоянием здоровья и согласованным с Заказчиком (Пациентом) планом лечения;

4.2.3. Отказать в проведении лечебно-диагностических мероприятий в случае грубого нарушения Заказчиком (Пациентом) медицинских предписаний ,правил внутреннего распорядка в медицинском учреждении, нахождения Заказчика (Пациента) в состоянии алкогольного и/или наркотического опьянения ,отказа Пациента от подписания согласия на медицинское вмешательство.

4.2.4. При выявлении у Заказчика (Пациента) противопоказаний к проведению лечебно-диагностических мероприятий отказать ему в проведении соответствующих лечебно-диагностических мероприятий.

4.3. Заказчик обязуется:

4.3.1. Соблюдать условия настоящего Договора.

4.3.2. Оплатить стоимость предоставленных медицинских услуг, в сроки и порядке ,определенных настоящим Договором..

4.3.3. Выполнять все медицинские рекомендации лечащего врача до ,в процессе и после оказания медицинских услуг, выполнять все медицинские предписания, назначения ,рекомендации Исполнителя,

4.3.4. Предупредить лечащего врача о наличии хронических заболеваний ,непереносимости лекарственных и иных средств, предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

4.3.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка для пациентов и бережно относиться к имуществу Исполнителя .

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. Получать квалифицированные медицинские услуги.

4.4.2. В любой момент отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты фактически оказанных услуг;

4.4.3. Получать информацию о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения;

4.4.4. Выбирать лечащего врача, получать сведения о квалификации специалистов, поменять лечащего врача в процессе лечения;

4.4.5. Получать от Исполнителя имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

4.4.6. Пациент дает свободно ,своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных ,необходимых для исполнения настоящего Договора .

4.4.7. Перенести дату и время оказания медицинских услуг (менее чем за 24 ч.), согласованную с Исполнителем, заблаговременно предупредив об этом Исполнителя и согласовать с ним новую дату оказания услуг по телефону: 8 (499) 408-7777

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств и расходных материалов ,предоставленных Пациентом.

5.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязанностей ,если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких как пожар ,наводнение ,землетрясение, забастовки и другие стихийные бедствия, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, а также по иным основаниям ,предусмотренным законом.

6. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия ,которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При неурегулировании в процессе переговоров спорных вопросов ,споры подлежат рассмотрению в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

7.1. Настоящий договор вступает в силу со дня подписания и действует в течение 1 (одного) года. Настоящий договор *подлежит автоматической пролонгации на 1 (один) год в случае, если ни одна из Сторон не заявила об отказе от автоматической пролонгации до начала нового срока действия договора.* Приложения с указанием объема конкретных услуг действуют до исполнения обязательств Сторонами в полном объеме и не подлежат автоматической пролонгации.

7.2. По инициативе одной стороны Договор может быть расторгнут по основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.
7.3. При досрочном расторжении Договора со стороны Заказчика, Заказчик обязуется оплатить Исполнителю услуги, фактически оказанные на момент досрочного расторжения, а также расходы Исполнителя, фактически понесенные на момент расторжения Договора. К таким расходам относятся затраты на закупку лекарственных препаратов и расходных материалов, расходы на оплату услуг медицинского персонала.

8. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х (двух) экземплярах, если ЗАКАЗЧИК и ПАЦИЕНТ являются одним физическим лицом (совпадают), и составляется в 3-х (трех) экземплярах, если ЗАКАЗЧИК и ПАЦИЕНТ являются разными лицами (не совпадают). Все экземпляры договора имеют равную юридическую силу.

8.2. Все приложения к настоящему договору являются его неотъемлемыми частями.

8.3. После оказания платных медицинских услуг стороны подписывают Акт. Отсутствие подписанного Сторонами Акта не свидетельствует о факте неоказания услуги со стороны Исполнителя. Акт подписывается в течение 3-х дней с момента окончания услуг соответствующего этапа. Если по каким-либо причинам по окончании оказания услуг Акт не подписали в медицинском центре, то Исполнитель направляет Акт, подписанный со своей стороны на адрес Пациента. Если в течение 20 (двадцати) календарных дней Пациент не предоставляет на Акт письменные мотивированные возражения и не подписывает Акт, услуги Исполнителя, указанные в Акте считаются оказанными.

8.4. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам.

8.5. Заказчик (ПАЦИЕНТ) уведомлен о возможности получения медицинской помощи на территории РФ в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях, участвующих в реализации указанных программ.

8.6. В соответствии с п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса РФ при подписании настоящего договора и приложений к нему со стороны Исполнителя может быть использовано факсимильное воспроизведение подписи.

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

ООО «МедФлеб»
Юридический адрес: 142601, Россия, Московская область,
г. Орехово-Зуево, ул. Кирова, д.17, пом. 10.
Адрес местонахождения для оказания медицинских услуг:
142601, Московская область,
г. Реутов, ул. Кирова, дом 9.
ОГРН 1205000108345 от 25.11.20г.
МИФНС России №23 по Московской области,
ИНН/КПП 5034059499/503401001,
р/с 407 028 109 0159 0000 589
Филиал «Центральный», БАНКА ВТБ(ПАО) г. Москва
к/с 301 018 101 452 50000 411, МОСКОВСКАЯ ОБЛАСТЬ
БИК 044525411
Тел.8 (499) 408-7777
Email: medfleb@vande.ru

Генеральный директор **Казьмин З.В.**



ЗАКАЗЧИК:

_____/_____/_____
Ф.И.О. подпись
Адрес Места жительства: _____
Паспорт гражданина РФ: серия _____, № _____,
выдан _____, дата _____

ПАЦИЕНТ:

_____/_____/_____
Ф.И.О. подпись
Адрес Места жительства: _____
Паспорт гражданина РФ: серия _____, № _____,
выдан _____, дата _____
Дата рождения: _____
Контактный телефон: _____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ в ООО «МедФлеб» (г. Реутов)

Я, _____
Проживающий по адресу: _____
паспорт серия _____ номер _____, дата выдачи: _____ г., название выдавшего органа: _____
в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. "О персональных данных" №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ООО «МедФлеб» (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), паспортные данные, 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 (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными 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 и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники). Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной 00.00.0000 г. и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____ /

Приложение N 2
Утверждено
приказом Минздрава России
от 12.11.2021 г. N 1051н

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)
" " _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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 РФ от 23.04.2012г. № 390н <1> (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)

в Общество с ограниченной ответственностью «МедФлеб» _____
(полное наименование медицинской организации)

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 21.11.2011г. № 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 ФЗ от 21.11.2011г. № 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:

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

" "

(дата оформления)

Г.