

ДОГОВОР №
ВОЗМЕЗДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

П.г.т. Богатые Сабы

« »

2019

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Харакят», в дальнейшем именуемое **«Исполнитель»**, в лице директора Нагимзянова Артура Анваровича, действующей на основании Устава, с одной стороны, и _____, именуемый (ая) в дальнейшем **«Заказчик»**, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Полное фирменное наименование: Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Харакят».

1.1.2. Адрес места нахождения: 422060, Республика Татарстан, Сабинский район, поселок городского типа Богатые Сабы, ул. Тукая, д. 3.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: 422060, Республика Татарстан, Сабинский район, поселок городского типа Богатые Сабы, ул. Тукая, д. 3.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 16 № 006419047 выдано Межрайонной ИФНС России № 10 по Республике Татарстан, ОГРН 1111675001745.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: Лицензия № ЛО-16-01-006635 от 19 февраля 2018 г. выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан, адрес: РТ, г. Казань, ул. Островского, д. 11/9, телефон: (843) 231-79-20, 231-79-87.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией содержится в соответствующей Лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (приложением к настоящему договору) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на сайте Исполнителя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество, адрес места жительства и телефон Заказчика: _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Исполнитель обязуется оказать Заказчику платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить оказываемые услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

2.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором: _____

2.3. Сроки оказания медицинских услуг: _____

2.4. При заключении договора Заказчику предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- о порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется исходя из действующего Прейскуранта Исполнителя и составляет _____

3.2. Стоимость медицинских услуг может быть увеличена в связи с продлением срока лечения, увеличением фактических затрат на лечение, усложнением операции, проведением дополнительных диагностических, лечебных мероприятий и в силу других обстоятельств. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязуется своевременно предупредить об этом Заказчика. В случае если Заказчик не дал согласия на превышение ранее оговоренной суммы, он вправе отказаться от дальнейшего исполнения договора. В этом случае Исполнитель вправе требовать уплаты стоимости оказанной части услуги. Исполнитель, своевременно не предупредивший Заказчика о необходимости превышения суммы договора, обязан исполнить договор в пределах оговоренной стоимости услуги.

3.3. Оплата медицинских услуг производится в день подписания настоящего договора или непосредственно в день оказания каждой медицинской услуги, на основании Прейскуранта Исполнителя. Иной порядок и сроки оплаты могут быть определены по соглашению сторон. Заказчик ознакомлен с Прейскурантом до подписания настоящего договора.

3.4. Оплата осуществляется Заказчиком путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, либо путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. В случае обращения Заказчика по направлению другой медицинской организации оплата может быть осуществлена указанной организацией.

3.5. Исполнитель разъясняет, а Заказчик понимает, что денежные средства, добровольно затраченные Заказчиком в рамках настоящего договора, возврату через страховую компанию, либо из других источников не подлежат, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством РФ.

3.6. По требованию Заказчика на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью настоящего договора.

4. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Заказчика и его согласия приобрести медицинскую услугу на возмездной основе, о чем свидетельствует подписание Заказчиком настоящего договора.

4.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем в соответствии с документами, регламентирующими деятельность медицинской организации: лицензией на медицинскую деятельность, порядками, стандартами (в полном объеме порядков и стандартов, либо в объеме, превышающем соответствующий порядок и/или стандарт и/или в виде отдельных медицинских вмешательств – по соглашению сторон) и другими документами, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.3. Заказчик предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.4. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.5. Заказчик незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.6. Исполнитель после исполнения договора выдает Заказчику медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

4.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии Информированного добровольного согласия Заказчика на медицинское вмешательство.

5. СОГЛАСИЕ ЗАКАЗЧИКА НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

5.1. Заказчик в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных» дает согласие на обработку и передачу его персональных данных.

5.2. Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных указаны в п. 1.1. договора.

5.3. Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

5.4. Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, биометрические персональные данные, другая информация.

5.5. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных, иные действия.

5.6. Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные нормативными документами, обмен (прием и передача) персональными данными с иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей или по каналам связи или путем передачи документов (в т.ч. медицинских).

5.7. Срок, в течение которого действует согласие: со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

5.8. Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи Заказчиком (субъектом персональных данных) соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕИСПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За неисполнение, либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента (Заказчика) в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.3. Исполнитель проинформировал Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

6.4. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора, связанных с исполнением указаний (рекомендаций) Исполнителя, в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.5. Заказчик несет ответственность за нарушение условий договора об оплате услуг в соответствии с действующим законодательством РФ.

6.6. В случаях, предусмотренных п.п. 6.3. - 6.5. договора, Исполнитель вправе приостановить проведение лечебно-диагностических мероприятий (за исключением проведения лечения по жизненным показаниям, экстренной и неотложной помощи).

7. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

7.1. Изменение или расторжение договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

7.2. Заказчик вправе отказаться от дальнейшего оказания медицинских услуг в любое время до истечения срока, предусмотренного пунктом 2.3. настоящего договора. В этом случае Заказчик обязан оплатить фактически произведенные до дня получения Исполнителем уведомления о расторжении договора затраты Исполнителя на оказание медицинских услуг по настоящему договору.

7.3. При уменьшении объема оказанных медицинских услуг в связи с досрочным расторжением договора или по другим основаниям Исполнитель возвращает Заказчику разницу между оплаченной суммой и стоимостью оказанных медицинских услуг в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня обращения Заказчика с заявлением о возврате денежных средств.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор считается заключенным со дня его подписания и действует до истечения срока, указанного в п. 2.3. договора

8.2. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

9. ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
Директор
ООО «Харакят»

ЗАКАЗЧИК:

(фамилия, имя и отчество)

Подпись: _____

Подпись: _____ Нагимзянов А.А.

М.П.

АКТ № _____
об оказанных услугах

пгт. Богатые Сабы

«__» ____ 2019 года

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Харакят» (ООО «Харакят»), в лице директора Нагимзянова А.А., в дальнейшем «Исполнитель», и _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», составили акт о нижеследующем:

1.«Заказчик» принял, а «Исполнитель» оказал платные медицинские услуги согласно договору возмездного оказания услуг № _____ от _____ 2019г.

2.Услуги оказаны в срок и полностью.

3.Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ рублей.

4.Претензий к объему, качеству и срокам оказания услуг «Заказчик» не имеет.

5.Настоящий акт составлен в двух экземплярах (по одному для каждой стороны).

Исполнитель
ООО «Харакят»

Заказчик

____ Нагимзянов А.А. / _____ /

_____/_____/_____

АКТ № _____
об оказанных услугах

пгт. Богатые Сабы

«__» ____ 2019 года

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Харакят» (ООО «Харакят»), в лице директора Нагимзянова А.А., в дальнейшем «Исполнитель», и _____ именуемый в дальнейшем «Заказчик», составили акт о нижеследующем:

6.«Заказчик» принял, а «Исполнитель» оказал платные медицинские услуги согласно договору возмездного оказания услуг № _____ от _____ 2019г.

7.Услуги оказаны в срок и полностью.

8.Общая стоимость оказанных услуг составляет _____ рублей.

9.Претензий к объему, качеству и срокам оказания услуг «Заказчик» не имеет.

10. Настоящий акт составлен в двух экземплярах (по одному для каждой стороны).

Исполнитель
ООО «Харакят»

Заказчик

____ Нагимзянов А.А. / _____ /

_____/_____/_____

СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)
адрес _____, паспорт серия _____ номер _____
выдан _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных.

Наименование и адрес оператора, получающего согласие субъекта персональных данных:

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский центр «Харакят»
Юридический адрес: 422060, Республика Татарстан, Сабинский район, п.г.т. Богатые Сабы, ул. Тукая, д. 3

Цель обработки персональных данных: оказание медицинских услуг и осуществление иных, связанных с этим мероприятий.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие субъекта персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, другая информация.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача) в порядке, установленном законодательством РФ, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных), иные действия.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: внесение персональных данных в электронную базу данных, включение в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (по договору ДМС), обмен (прием и передача) моими персональными данными с медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

Срок, в течение которого действует согласие: настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

Порядок отзыва согласия: отзыв согласия осуществляется путем подачи субъектом персональных данных соответствующего письменного заявления оператору, получившему согласие.

Дата «__» _____ 201__ г.

Подпись гражданина _____ / _____ /

Подпись представителя оператора _____ / _____ /

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____
(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)
« ____ » _____ года рождения, зарегистрированный по адресу: _____
(адрес места жительства)

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств (медицинских услуг):
осуществляемых в ООО «Харакят».

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.

Я в полной мере проинформирован(а) о целях, методах, возможном риске, вариантах, последствиях, результатах указанных медицинских вмешательств.

Я получил(а) подробные объяснения по поводу состояния моего здоровья, моего заболевания (лица, законным представителем которого являюсь), осведомлен(а) о последствиях отказа от данного лечения, об альтернативных методах лечения и обо всех возможных осложнениях, которые могут возникнуть во время указанного медицинского вмешательства, включая анестезию и прием лекарственных средств, и понимаю, что существует определенная степень риска возникновения следующих побочных эффектов и осложнений:

- _____ ;

- аллергические реакции и др.

Я ознакомлен(а) со всеми требованиями и рекомендациями, которые обязуюсь соблюдать.

Я предупрежден(а), что несоблюдение требований и/или рекомендаций врача может повлечь за собой недостижение ожидаемого по окончании оказания медицинских услуг результата по вине пациента.

Запрета, противопоказаний для проведения медицинского вмешательства не имеется, за исключением: _____
(указать какие, если имеются исключения).

До меня была доведена исчерпывающая информация обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях, в т.ч. связанных с введением медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми мне была предоставлена.

Я согласен(а) на применение всех необходимых по состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____
(указать какие, если имеются исключения)

Я имел(а) возможность задать все интересующие меня вопросы. Мне даны исчерпывающие ответы на все заданные мной вопросы.

Получив полную информацию о предстоящем медицинском вмешательстве, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, и я добровольно **соглашаюсь на медицинское вмешательство.**

Кроме того, я даю разрешение медицинским работникам проводить любые диагностические мероприятия (в т.ч. рентгенологические исследования), которые они сочтут необходимыми.

Мне известно, что медицинская практика не может абсолютно во всех случаях гарантировать достижение целей вмешательства в связи со сложностью и индивидуальными особенностями человеческого организма. Я также понимаю, что эффект лечения во многом зависит от позитивного поведения самого пациента, добросовестного выполнения им всех рекомендаций лечащего врача, следования принципам здорового образа жизни.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 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):

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

Я также даю согласие на обработку персональных данных, в объеме, необходимом для оказания медицинских услуг, в соответствии со ст.ст. 9, 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Ф.И.О., дата рождения пациента (если медицинское вмешательство будет осуществлено в отношении пациента, не достигшего возраста 15-лет или в отношении лица, признанного недееспособным): _____

Подпись и Ф.И.О. пациента или его законного представителя:

_____ / _____ « ____ » _____ 201__ г.

Подпись и Ф.И.О. медицинского работника:

_____ / _____ « ____ » _____ 201__ г.