

Договор №
об оказании платных медицинских услуг

г. Набережные Челны

28 октября 2024 г

Я, _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», дата рождения _____ г., паспорт серии _____ № _____ выдан _____ " _____ г., зарегистрирован по адресу: _____, телефон _____, с одной стороны,

и ООО «Медива+», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице врач офтальмолог _____ на, действующего на основании Доверенности № _____ от " _____ " _____ г. (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-16-01-007408 от 5 марта 2019 г., выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан, 420111, г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, (843)2317998, виды деятельности: медицинская деятельность, 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: сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по офтальмологии, аллергологии и иммунологии, неврологии, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); эндокринологии; организации здравоохранения и общественному здоровью, при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серия 16 № 006169791 от 23 сентября 2011 г. ОГРН 1111650020514, Инспекция федеральной налоговой службы по городу Набережные Челны республики Татарстан) с другой стороны, вместе также именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему следующие медицинские услуги по сестринскому делу и офтальмологии: _____ (далее - «медицинские услуги»), а Пациент выплачивает Исполнителю вознаграждение в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Стоимость медицинских услуг составляет _____ руб.

1.3. Исполнитель оказывает услуги по адресу: _____ в соответствии с установленными Правилами оказания медицинских услуг.

1.4. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

1.5. Срок оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, составляет от 1 до 30 дней в зависимости от метода лечения. Срок ожидания предоставления медицинских услуг не может составлять более 3 часов.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Обеспечить Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей сведения о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг; данных о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации); сведениях о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

2.1.2. Не передавать и не показывать третьим лицам находящуюся у Исполнителя документацию о Пациенте.

2.1.3. Давать при необходимости по просьбе Пациента разъяснения о ходе оказания услуг ему и заинтересованным лицам, включая государственные и судебные органы.

2.1.4. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:

а) копию учредительного документа Исполнителя, положение о его филиале (отделении, другом территориально обособленном структурном подразделении), участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.5. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.6. В случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя и (или) заказчика. Допускается оказание данных услуг без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинской организации, режим работы медицинской организации.

2.2.2. По запросу Исполнителя представить ему необходимые документы и материалы.

2.2.3. Информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, в том числе: аллергия, гепатит, СПИД, бронхиальная астма, заболевания сердечнососудистой системы, венерических заболеваний, туберкулез и другие, а также о переливаниях крови, инъекциях (за последние два года), о контакте с инфекционными больными. В случае несообщения указанных сведений Исполнитель не несет ответственности за связанные с этим неблагоприятные последствия;

2.2.4. Выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинской организации, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.5. Соблюдать все требования, предусмотренные в «Памятке пациенту», являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.2. Совместно с пациентом и в соответствии с поставленным ему медицинским диагнозом, определить объем, виды обследования и лечения, необходимые для качественного оказания услуги.

2.3.3. Отказаться от исполнения обязательств по договору при невыполнении Пациентом требований, обеспечивающих качественное предоставление медицинских услуг. В случае невыполнения Пациентом требований медицинского персонала Исполнителя, Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Получать полную информацию о предоставляемой медицинской услуге, дополнительных исследованиях, консультациях, лечении с указанием результатов проведенных исследований, лечебных мероприятий и необходимых рекомендаций.

2.4.3. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (работающего у него медицинского работника), 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.

2.4.4. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора.

2.4.5. Получать по письменному заявлению после исполнения договора исполнителем медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах

обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

3. ПОРЯДОК ОПЛАТЫ

3.1. Вознаграждение выплачивается путем перечисления суммы, указанной в п. 4.1 настоящего Договора, на расчетный счет Исполнителя или путем внесения в кассу Исполнителя.

3.2. По желанию Пациента стоимость оказанных Исполнителем услуг может оплатить либо сам Пациент, либо страховая компания Пациента, либо третье заинтересованное физическое или юридическое лицо в установленном законодательством порядке. При оплате медицинских услуг пациентом, оплата каждой из них производится отдельно непосредственно после ее оказания.

3.3. Датой оплаты денежных средств считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за возникшие осложнения или побочные эффекты при оказании медицинских услуг, если приняты все меры для надлежащего исполнения обязательств, а также в случае нарушения Пациентом требований, обеспечивающих качественное оказание услуг. Исполнитель освобождается от ответственности также в случае расторжения настоящего договора по инициативе Пациента.

4.3. При получении очковой продукции, изготовленной по рецепту Исполнителя и ощущении недостаточности коррекции зрения или иных причин, влияющих на возможность пользоваться очковой продукцией, Пациент обязан обратиться к врачу не позднее 14 дней со дня их получения. В противном случае претензии по неправильному подбору очковой продукции не рассматриваются.

4.4. 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, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом.

4.5. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров. Срок ответа на претензию – 10 рабочих дней.

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

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

7.2. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7.3. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что получил на руки «Памятку Пациента», являющуюся неотъемлемой частью настоящего Договора, Исполнителем доведена до сведения Пациента 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.

7.4. Подписывая настоящий Договор, Пациент дает согласие Исполнителю на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку своих персональных данных, а именно – совершение действий, предусмотренных п. 3 ч. 1 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», содержащихся в настоящем Договоре, в целях надлежащего исполнения настоящего Договора. Согласие действует со дня подписания настоящего Договора до дня отзыва в письменной форме.

8. В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим даю конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие ООО «Медива+» (далее — оператор) на обработку своих персональных данных с целью надлежащего исполнения договора и осуществления последующего информирования об оказываемых Исполнителем услугах.

Перечнем моих персональных данных, на обработку которых я даю согласие, является любая информация, относящаяся ко мне как к физическому лицу (субъекту персональных данных), указанная в обращениях, договорах, соглашениях, актах и иных документах, в том числе: мои фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, гражданство, данные документов, удостоверяющих личность, адреса фактического места проживания и регистрации по месту жительства, почтовые и электронные адреса, номера телефонов, банковские реквизиты (номера расчетных и корреспондентских счетов, наименование банка, ИНН и БИК банка).

Разрешаю оператору производить автоматизированную, а также осуществляемую без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно: сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передачу третьим лицам.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня его отзыва в письменной форме.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО (ИССЛЕДОВАНИЕ)

Я, даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, связанных с оказанием Исполнителем услуг, перечисленных в п. 1.1 настоящего Договора. Медицинским работником 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 или потребовать его (их) прекращения.

Пациент ФИО _____ (подпись) _____

С действующим на момент заключения настоящего Договора Прейскурантом Исполнителя ознакомлен и согласен, а также не возражаю против рассылки мне уведомлений на электронную почту.

Пациент ФИО _____ (подпись) _____

9. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Пациент: ФИО _____ паспорт серии _____ № _____ выдан _____ " _____ " _____

Исполнитель: ООО «Медива+», 423819, РТ, г. Набережные Челны, пр-т Х.Туфана, д. 5Е, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-16-01-007408 от 5 марта 2019 г. выдана Министерством здравоохранения Республики Татарстан (г. Казань, ул. Островского, д. 11/6, тел. (843)2317998), ИНН 1650230412, КПП 165001001, Р/с 40702810062030005353 Набережночелнинское ОСБ №8219 к/с 3010181060000000603: БИК 049205603

Подпись: _____

(м.п.)

Услуги в соответствии с п.1.1. договора в полном объеме получил, претензий не имею:

Пациент ФИО _____ (подпись) _____

ЕДИНАЯ СПРАВОЧНАЯ: 8-800-600-97-10
НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ:
ул. Набережная Г. Тукая, 93/100 (ГЭС, 10/70)
пр-кт Х. Туфана, 5 Е (Новый город, 4/09)
ул. Ш. Усманова, 40 А (Новый город, 41/18 А)
пр-кт Автозаводский, 37 Е (Новый город, 20/05 Б)
б-р Энтузиастов, 16 (Новый город, 1/11, ТК "105", 1 эт.)
пр-кт Сююмбике, 67 Б (Новый город, 47/06 Б)
пр-кт Московский, 157 В (Новый город, 30 к-с)
пр-кт Мира, 22А (Новый город, 7/20)

ЕЛАБУГА
пр-кт Мира, 25
ЗАЙНСК:
ул. Нефтяников, 30
КАЗАНЬ:
ул. Р. Зорге, 67
пос. Дербышки, ул. Правды, 16
ул. Декабристов, 85

Уведомление
о последствиях несоблюдения указаний(рекомендаций)
медицинского учреждения

Общество с ограниченной ответственностью «Медива+», в соответствии с п. 24 Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 года №736, до заключения договора уведомляет потребителя (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 потребителя.

С уведомлением ознакомлен, экземпляр на руки получил до заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

Дата «__»_____2024г.

ФИО _____ / подпись/ _____ /