

г. Липецк

«31» августа 2023

Общество с ограниченной ответственностью «Золотой стандарт», в лице директора Семенова Валерия Владимировича, действующего на основании Устава Общества и Лицензии № ЛО-48-01-001688 от 08.09.2017 г., выданной Управлением здравоохранения Липецкой области, именуемого в дальнейшем **Исполнитель**, с одной стороны и гр **Иванов Иван Иванович**, проживающ (-ий),(-ая) по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1 ; именуем(-ый), (-ая) в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны, именуемые вместе Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА, СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется оказать платные медицинские услуги, отвечающих требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент данные услуги, обязуется оплатить в порядке и размере, установленных настоящим Договором.

1.2. Исполнитель обязуется оказать пациенту следующие медицинские услуги: _____

1.3. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды медицинских услуг

1. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Пациент обязуется:

2.1.1. Оплатить медицинские услуги в размере и порядке, указанным в п. 3 настоящего Договора.

2.1.2. До начала оказания услуги сообщить врачу (среднему медицинскому персоналу) известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. (стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт, онкологические заболевания, лучевая болезнь, сахарный диабет, гепатиты, туберкулез, кожно-венерические болезни, заболевания крови, ВИЧ-инфекция, аллергические реакции на лекарственные средства), кроме того сведения об аллергических реакциях или противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных средств или процедур и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.1.3. Выполнять требования медицинского персонала Исполнителя во время получения услуги, обеспечивающие качественное предоставление услуги.

2.1.4. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинском учреждении, утвержденный Исполнителем.

2.2. Пациент имеет право:

2.2.1. Требовать от Исполнителя предоставления в доступной для него форме полной достоверной информации об объеме и условиях получения услуги, включая сведения о квалификации врача, наличии лицензии на оказание данной услуги, стоимости услуги, о технологии оказания услуги, об использовании лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе о сроках годности (гарантийных сроках), показаний (противопоказаний) к применению, наличии альтернативных видов услуг.

2.2.2. Получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья полную информацию о проводимом лечении.

2.2.3. Отказаться в одностороннем порядке от получения услуги до момента начала ее оказания и получить обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуги.

2.2.4. Предъявить требования о расторжении договора в случае выявления существенных недостатков в оказанной услуге, о возмещении убытков, причиненных ненадлежащим исполнением условий договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также компенсации за причинение морального вреда в соответствии с действующим законодательством.

Пациент имеет иные права, предусмотренные законодательством РФ.

2.3. Исполнитель обязуется:

2.3.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

2.3.2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики и лечения, в полном объеме и сроке, установленными настоящим договором, а также с соблюдением порядка оказания медицинской помощи, утвержденной Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.3.3. На основании результатов обследований дать Пациенту разъяснения и рекомендации о необходимости и способах лечения. После проведения лечения Пациенту выдать выписку из истории болезни.

2.3.4. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.5. Незамедлительно извещать Пациента о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.3.7. Сохранять конфиденциальность информации о здоровье Пациента.

2.4. Исполнитель имеет право:

2.4.1. В случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных договором.

2.4.2. Требовать от Пациента соблюдения графика прохождения процедур, внутреннего режима учреждения, режима приема лекарственных средств, режима питания и других предписаний;

2.4.3. По согласованию с Пациентом продлить курс лечения Пациента;

2.4.4. В случае возникновения неотложных состояний не по вине медицинских своих работников Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим договором.

2.4.5. В случае отказа Заказчика от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для его здоровья, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;

2.4.6. Отказаться от предоставления услуг Заказчику в случаях, если тот хотя бы дважды безосновательно отказался от назначений специалистов (врачей) Исполнителя;

2.4.7. В случае безосновательного отказа Заказчика от медицинских услуг и не выполнении им своих обязанностей, предусмотренных договором, зафиксировать данные обстоятельства актом в составе комиссии, состоящей, по крайней мере, из трех сотрудников Исполнителя во главе с должностным лицом Исполнителя, и сообщить о данном факте Пациенту, направив по его адресу письменное уведомление об этом.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1. Стоимость Услуг, указанных в пункте 1.1. настоящего договора, составляет _____ (_____ рублей _____ копеек) НДС не облагается.

Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения настоящего договора.

3.2. Расчеты между сторонами осуществляются в российских рублях путем 100% предоплаты

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни и здоровью Пациента в результате предоставления некачественной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Пациентом условий настоящего договора.

5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до исполнения сторонами всех обязательств.

6. РАСТОРЖЕНИЕ И ИЗМЕНЕНИЕ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор может быть расторгнут как по соглашению сторон, так и по инициативе одной из сторон, при этом сторона, изъявившая желание расторгнуть договор, обязана предупредить об этом вторую сторону не менее, чем за две недели до даты расторжения. Отказ от исполнения договора в одностороннем порядке производится в соответствии со ст. 782 ГК РФ.

7. ПОРЯДОК УРЕГУЛИРОВАНИЯ СПОРОВ

7.1. Стороны принимают все меры к тому, чтобы любые спорные вопросы, разногласия либо претензии, касающиеся исполнения настоящего договора, были урегулированы путем переговоров.

7.2. Если Сторонами согласие не достигнуто в ходе переговоров, споры и разногласия разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1. Исполнитель не вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке в случае угрозы жизни и здоровью Пациента;

8.2. Исполнителем разъяснено, что проводимое лечение мне не гарантирует 100% результат и что при проведении лечения и после него, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения

8.3 Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и имеют одинаковую юридическую силу.

8.4. Любые уведомления, которые Стороны направляют друг другу в соответствии с договором, направляются в письменной форме почтой или факсимильной связью с последующим представлением оригинала. Уведомление вступает в силу в день получения его лицом, которому оно адресовано, если иное не установлено законом, настоящим договором или самим уведомлением. Любые изменения и дополнения к договору оформляются в том же виде, что и договор и являются неотъемлемой частью настоящего договора

8.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим гражданско-правовым договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ООО «Золотой стандарт»

Адрес: 398043 г. Липецк ул. Циолковского 29 б. помещение 3

ИНН/КПП: 4825061107/ 482601001, ОГРН: 1084823019710

Тел. 8 (4742) 37-52-19

Директор ООО «Золотой стандарт»

_____ (В.В. Семенов)

М.П.

ПАЦИЕНТ

Ф.И.О. Иванов Иванов Иванович

Адрес регистрации: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

_____ дата _____

Тел: +7(900)000-00-00

(подпись)

(расшифровка)

СОГЛАСИЕ субъекта персональных данных на обработку и хранение персональных данных

Я, Иванов Иванов Иванович

(фамилия, имя, отчество)

проживающий по адресу Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1

Документ удостоверяющий личность _____

(наименование, номер и серия, кем и когда выдан)

в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», **даю свое согласие** ООО «Золотой стандарт» (Липецкая обл., Липецк г., Циолковского. 29 б, 3 помещение), именуемый в дальнейшем **Оператор**, **на обработку своих персональных данных**, включающих: фамилию, имя, отчество, дату и место рождения, адрес проживания, пол, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), 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.

Оператор имеет право на передачу моих персональных данных для дальнейшей обработки в региональных медицинских центрах и органах власти, осуществляющих руководство и контроль в области здравоохранения, территориальным фондам обязательного медицинского страхования и медицинским страховым организациям при условии заключения договоров, защищающих мои права, со всеми участниками информационного обмена и соблюдении всеми участниками обмена норм хранения, обработки, ограничения доступа к персональным данным, предусмотренным законодательством РФ.

Обработка персональных данных, указанных в настоящем Согласии, осуществляется в том числе, в целях передачи (распространение, предоставление, доступ) их в Систему МедТочка (<https://medtochka.ru/>) для систематизации и хранения медицинских заключений субъекта персональных данных, в том объеме, который необходим для реализации указанной цели. Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет для стационара и пять лет для поликлиники.

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Субъект персональных данных _____
(подпись)

_____ (расшифровка)

Дата: _____

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, Иванов Иванов Иванович, «1» января 1980 г. рождения,
зарегистрированный по адресу: Московская область, г. Москва, ул.Ставропольская 1, кв.1
(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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «Золотой стандарт»
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником: Середавкина Т. С.
(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 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” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 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 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья.

(подпись) Иванов Иванов Иванович
(Ф.И.О. гражданина)

(подпись) Середавкина Т. С.
(Ф.И.О. медицинского работника)

Утверждаю
Директор Семёнов В.В.

ООО «Золотой стандарт»
ИНН 4825061107 КПП 482501001
398000, г. Липецк, ул. Циолковского, д.29/б помещение 3

Ф.И.О.Иванов И.И.

Адрес:Московская область, г. Москва,
ул.Ставропольская 1, кв.1

УВЕДОМЛЕНИЕ

(подписывается до заключения договора)

Настоящим уведомляю Вас 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 Вашего здоровья.

Директор ООО «Золотой стандарт»

(В.В. Семенов)

Настоящее уведомление получил Иванов Иванов Иванович
(Ф.И.О. полностью)

(дата, подпись)