

## Уведомление.

Гр. ФИО пациента уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

### Договор на оказание платных медицинских услуг № \_\_\_\_

г.Магнитогорск

24 Май 2019г.

ООО "Медицина плюс", в лице директора Поромошкиной Светланы Дмитриевны, действующего на основании Устава с одной стороны, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" и Гражданин(-ка) ФИО пациента, карта № \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Пациент", с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Исполнитель обязуется предоставить Пациенту медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги (далее "Прейскурант"), в объеме, предусмотренном картой пациента, а Пациент обязуется их оплатить. Исполнитель принимает на себя обязательства организовать и оказать на возмездной основе медицинские услуги, согласно Перечню платных медицинских услуг, которые являются неотъемлемой частью договора.

Исполнитель осуществляет свою деятельность на основании лицензии № Л041-01024-74/00332846 от 05.07.2019г., выданной Министерством здравоохранения Челябинской области, 454000, г.Челябинск, ул.Кирова, д.165, тел.: (351) 263-52-62 на осуществление доврачебной, в том числе акушерскому делу и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и свидетельства о внесении Исполнителя в ЕГРЮЛ 74 №005658760 от 19.07.2010 г., выдано ИФНС № 16 по Челябинской области.

Заключая настоящий договор, Пациент проинформирован о том, что он имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч.1 ст.41 Конституции РФ и может реализовать это право через Программу государственных гарантий оказания гражданам РФ, бесплатной медицинской помощи.

## 2. ПРАВА и ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Обеспечить Пациенту оказание медицинской помощи надлежащего качества в соответствии с принятыми технологиями, утвержденными МЗ РФ и объективным состоянием здоровья Пациента на момент оказания медицинской услуги, в течении срока действия настоящего договора.

2.1.2. Вести медицинскую документацию в соответствии с утвержденными формами.

2.1.3. Информировать Пациента об обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и стоимости оказываемых услуг, а также о возможных осложнениях при лечении. Изменение плана лечения фиксировать в амбулаторной карте и согласовывать с Пациентом.

### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. По личной просьбе Пациента или по стечению обстоятельств (болезнь, отпуск лечащего врача, психологическая несовместимость) назначить другого врача для продолжения лечения Пациента.

2.2.2 Отказаться от проведения лечения:

- если требования Пациента не соответствуют требованиям технологий и могут вызвать нежелательные последствия;
- при наличии противопоказаний;
- при невыполнении Пациентом письменных рекомендаций врача, что может привести к неблагоприятному исходу лечения;
- при нарушении Пациентом обязанностей, указанных в настоящем Договоре.

2.2.3. Произвести удержание части суммы уплаченной Пациентом за услугу в случае отказа последнего от услуги по причинам не связанным с деятельностью ООО "Медицина плюс", и после того как Исполнитель фактически преступил к оказанию услуги.

2.2.4.Изменить предварительный план лечения в связи с непредвиденными обстоятельствами, возникшими в процессе лечения и независимыми от Исполнителя.

2.2.5. В одностороннем порядке расторгнуть договор в связи с изменениями законодательства РФ, нормативно-правовых актов.

2.2.6. В случае несоблюдения Пациентом графика и (или) режима лечения и прохождения процедур, определенных Исполнителем, последний оставляет за собой право изменить порядок оказания медицинских услуг.

### 2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Сообщать лечащему врачу о состоянии своего здоровья: перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, применяемых лекарственных препаратах, извещать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья в процессе лечения.

2.3.2. Выполнять все требования и рекомендации лечащего врача.

2.3.3. Являться на прием в установленное время. При возникновении разногласий с Исполнителем руководствоваться Положением о порядке рассмотрения обращений граждан утв. Директором ООО «Медицина плюс» от 25.02.2015г.

2.3.4. Заранее извещать регистратуру о невозможности явки на прием.

2.3.5. Своевременно производить оплату медицинских услуг в соответствии и по ценам действующего Прейскуранта.

2.3.6. Соблюдать Правила внутреннего распорядка и санитарно-эпидемиологического режима.

### 2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования и лечения, стоимости медицинских услуг.

2.4.2. Отказаться от дальнейшего лечения при условии обязательной оплаты выполненных услуг.

2.4.3. Запрашивать необходимые документы у Исполнителя для получения социальных налоговых вычетов за услуги по лечению.

## 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость Услуги устанавливается действующим прейскурантом (в российских рублях).

3.2. Оплата Услуг осуществляется Пациентом в порядке 100% предоплаты до получения Услуги путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. При возникновении необходимости выполнения дополнительных работ по результатам обследования и лечения стоимость Услуг может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение.

3.4. Возврат денежных средств Заказчику производится:

- в случае отказа Заказчика от услуги при условии, если услуга им уже оплачена;
- в случае возникновения форс-мажорных обстоятельств, приведших к невозможности оказания услуги Исполнителем.

3.5. В случае отказа Пациента от услуги по причинам не связанным с деятельностью ООО "Медицина плюс", и после того как Исполнитель фактически приступил к оказанию услуги - возврат уплаченных Пациентом денежных средств производится частично, с удержанием штрафа, в размере установленном Прейскурантом.

## 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель несет ответственность за качество выполненных медицинских услуг лечебно-диагностического процесса, достаточных и адекватных состоянию Пациента на момент обращения.

4.2. Исполнитель не несет ответственность в случаях:

- возникновения осложнений по вине Пациента (невыполнение требований и назначений врача, несвоевременное сообщение о возникших изменениях в состоянии здоровья и т.п.);
- прекращения (не завершения) лечения по инициативе Пациента.

4.3. Пациент несет ответственность:

- за достоверность и полноту предоставления информации о себе;
- за выполнение требований и рекомендаций врача;
- за своевременность оплаты медицинских услуг.

**СОГЛАСИЕ  
на обработку персональных данных**

4.4. Пациент несет ответственность за неблагоприятные последствия (в том числе ухудшение состояния здоровья), вызванные отказом выполнять все или часть требований и рекомендаций врача, несвоевременным сообщением о возникших изменениях в состоянии здоровья и т.п.

4.5. В случае неуплаты Пациентом стоимости Услуги на условиях настоящего договора, Исполнитель имеет право отказать Пациенту в оказании услуги до оплаты последним ее стоимости.

**5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

Любой спор, разногласия или претензии, возникающие или касающиеся настоящего договора, либо вопросов, связанных с его нарушением, применением, исполнением, прекращением, недействительностью договора в целом или его части, подлежат рассмотрению в суде в соответствии с установленной подсудностью. При этом обязательен претензионный порядок разрешения спора.

**6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

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

**7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для Пациента и Исполнителя. Договор может быть изменен либо расторгнут по основаниям предусмотренным действующим законодательством.

**8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН**

Исполнитель:  
ООО "Медицина плюс"  
ИНН: 7455000134, КПП: 745501001  
ОГРН: 1107455000102  
Юр. адрес: 455045, г.Магнитогорск,  
Ул.Ворошилова, д.10 корп.1  
Р/с: 40702810372330009632  
К/с: 30101810700000000602  
в Челябинском отд.№8597 г.Челябинск  
БИК: 047501602

Пациент:  
  
Дата рождения:  
Паспорт:  
Выдан:  
  
Прописан по адресу:  
Челябинская обл.  
Место жительства:  
Челябинская обл.  
Контактный телефон:

Директор  
Поромошкина С.Д. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., подпись)

**АКТ ВЫПОЛНЕННЫХ РАБОТ**

Мы, гражданин ФИО пациента, именуемый в дальнейшем "Пациент", с одной стороны, и ООО "Медицина плюс", в лице **директора Поромошкиной Светланы Дмитриевны**, действующего на основании Устава с другой стороны, именуемое в дальнейшем "Исполнитель", подписали настоящий Акт оказанных услуг. Пациент принял и удостоверяет, что услуги, предусмотренные настоящим договором, оказаны качественно и в срок. Обязательства Исполнителем выполнены в полном объеме.

Исполнитель: \_\_\_\_\_

Заказчик: \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавший(ая)ся ФИО пациента

прописан(а) по адресу

место жительства

в соответствии с требованиями ст.9 федерального закона от 27.06.2006г. «О персональных данных» №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицина плюс», г.Магнитогорск, ул.Ворошилова 10/1 (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефон(ы), реквизиты полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), 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 занимающемся 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 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.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС 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.

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

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты).

Настоящее согласие дано мной **24 Май 2019г.** и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать согласие посредством составления письменного заявления.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве 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)

Подпись \_\_\_\_\_