

ДОГОВОР № 0

на оказание платных медицинских услуг

г. Самара

01.09.2023 г.

именуемый в дальнейшем Пациент, и общество с ограниченной ответственностью «Клиника доктора Кравченко», 443114 г. Самара ул. Г.Димитрова 18, ОГРН 1026300777690, Регистрационный номер лицензии: Л041-01184-63/00294505 от 25 августа 2014 года выдана Министерством здравоохранения Самарской обл. (ул. Ленинская 73 т.333-00-16), выполняемые работы, оказываемые услуги: Приказ 866н; При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; рентгенологии; сестринскому делу; стоматологии; стоматологии ортопедической; стоматологии профилактической; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии; ортодонтии; стоматологии детской; стоматологии общей практики; стоматологии ортопедической; стоматологии терапевтической; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице генерального директора Кравченко Антона Валерьевича, действующего на основании устава, и ФИО (Пациент, либо лицо действующее в интересах несовершеннолетнего), именуемый в дальнейшем «Пациент» совместно именуемы Стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Настоящий договор определяет условия выполнения рентгеновских снимков зубов (рентгенологическое обследование). Пациент поручает, а Исполнитель выполняет рентгенологическое обследование надлежащего качества по цене действующего прейскуранта.

2. Условия и порядок оказания услуг

2.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в помещении ООО "Клиника доктора Кравченко" по адресу: г. Самара ул. Г.Димитрова 18.
2.2. Исполнитель оказывает услуги по настоящему договору в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Пациента.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Пациент обязуется:

- 3.1.1. Оплатить медицинские услуги на условиях настоящего договора.
- 3.1.2. До оказания Услуг сообщить Исполнителю все сведения о наличии у него других заболеваний, противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, наличие аллергических реакций, а также другую информацию, влияющую на Услуги указанные в п.1.1.
- 3.1.3. Выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса обследования.
- 3.1.4. При прохождении курса обследования сообщать Исполнителю о любых изменениях самочувствия.
- 3.1.5. Отказаться на весь курс обследования от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков.

3.2. Пациент имеет право:

- 3.2.1. Отказаться от медицинского вмешательства (в письменной форме).

3.3. Исполнитель обязуется:

- 3.3.1. Оказать медицинские услуги качественно, в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями.
- 3.3.2. Не использовать без согласования с Пациентом способов лечения, медицинских препаратов и процедур, способных нанести вред здоровью Пациента.
- 3.3.3. Соблюдать конфиденциальность всей информации, касающейся самочувствия и здоровья Пациента (врачебную тайну).

3.4. Исполнитель имеет право:

- 3.4.1. Требовать от Пациента соблюдения:

- графика работы кабинета;

- соблюдения внутреннего режима Клиники;

3.4.2. Использовать результаты обследования в качестве примера при опубликовании в специализированной литературе без указания данных Пациента, достаточных для идентификации.

3.4.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при объективной невозможности обеспечить предоставление требуемой услуги, включая возникновение медицинских противопоказаний для оказания медицинской помощи и\или невозможность обеспечить ее безопасность (за исключением случаев необходимости оказания экстренной медицинской помощи).

4. Цена и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость услуги устанавливается действующим прейскурантом.

4.2. Оплата услуг осуществляется Пациентом путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Пациента, с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение.

4.4. Пациент подтверждает свое ознакомление со стоимостью медицинских услуг, установленных расценками прейскуранта, правилами оказания медицинских услуг в клинике.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны данного договора несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации

6. Порядок разрешения споров

6.1. Все споры, вытекающие из настоящего договора, стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров.

6.2. При невозможности достижения согласия, спор подлежит передаче на рассмотрение суда, в соответствии с законодательством РФ.

7. Срок действия договора

7.1. Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течении одного года с момента подписания.

7.2. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из сторон с обязательным предварительным уведомлением другой стороны.

7.3. Срок оказания медицинских услуг соответствует срокам утвержденными законодательством РФ.

8. Общие положения

8.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном и подписаны надлежащим

образом уполномоченными лицами сторон.

8.2. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства РФ.

8.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, экземпляр у Пациента, другой - у Исполнителя.

8.4. Пациент подтверждает, что:

- ознакомлен с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных ему разъяснены;

- проинформирован 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;

- ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;

- ознакомлен с сведениями о платных и бесплатных услугах, видах деятельности Исполнителя стандартах медпомощи, медработниках, сроках оказания помощи, данных лицензии на стенде и/или на сайте <https://www.kdk-clinic.ru/>, <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>;

- ознакомлен с порядками и стандартами, применяемые при предоставлении платных медуслуг ;

- ознакомлен с данными медработника оказывающим услуги, его профессиональном образовании и квалификации;

- ознакомлен с методами оказания медпомощи, связанных с ними рисках, возможных видах мед. вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания мед. помощи;


- В соответствии с пунктом 24 Постановления Правительства РФ N 736 от 11 мая 2023 г. Пациент до заключения договора письменно уведомлен о том, что несоблюдение рекомендаций Исполнителя , 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.

8.5. Стороны согласились, что при заключении и исполнении Договора они вправе пользоваться электронной подписью, факсимильным воспроизведением подписи с помощью средств механического и иного копирования, либо иного аналога собственноручной подписи.

8.6. Приложения к настоящему Договору, подписанные Сторонами, являются его неотъемлемой частью.

8.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Пациента , другой - у Исполнителя. При оплате 3-лицом (Далее - Заказчик) договор составляется в 3 экземплярах - один для Заказчика.

10. Адреса и реквизиты сторон

Исполнитель	Пациент
ООО "Клиника доктора Кравченко" 443114, г. Самара, ул. Георгия Димитрова, 18 ОГРН 1026300777690 ИНН 6312032880 КПП 631201001 Р/С 40702810454400105279 К/С 30101810200000000607 в Поволжском Банке Сбербанка РФ БИК 043601607 +7 (846) 375-04-80 E-mail: info@kdk-clinic.ru  Ген. директор А.В.Кравченко	Паспорт: Адрес: Телефон: Эл.адрес: Подпись: _____/_____

АКТ ОБ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- В соответствии с условиями договора об оказании платных медицинских услуг № 0 от 01.09.2023 г. Исполнителем оказаны услуги, включающие:
 - _____
 - _____
- Указанные в п.1 настоящего Акт услуги согласно договору об оказании платных медицинских услуг № 0 от 01.09.2023 г. оказаны в полном объеме.
- Замечаний к услугам и предоставленным лекарственным средствам, материалам не имеется.
- Стоимость оказанных услуг, согласно договору об оказании платных услуг медицинских услуг № 0 от 01.09.2023 г. составила _____ (_____) руб.

УЧЕТ ДОЗОВЫХ НАГРУЗОК НА ПАЦИЕНТОВ ПРОШЕДШИХ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

ДАТА	ВИД ИССЛЕДОВАНИЯ	Е, (мЗв)	ФИО РЕНТГЕНЛАБОРАНТА

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

01.09.2023 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 Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 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 ООО «Клиника доктора Кравченко». 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, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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:

Лицо которому может быть передана информация (ФИО, телефон, эл.почта):

Дата: « 28 » августа 2023 г. _____/

Согласие на обработку персональных данных пациента

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

01.09.2023 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)

ознакомился с документами ООО «Клиника доктора Кравченко» (далее – Клиника, Оператор), устанавливающими порядок обработки персональных данных, с моими правами и обязанностями в данной области и в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие оператору персональных данных моих и Пациента ООО «Клиника доктора Кравченко», на обработку в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, повышения уровня здравоохранения, информирования организации безопасности и оказания качественных медицинских услуг: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, адрес регистрации, контактный(е) телефоны, адрес электронной почты, возраст; реквизиты паспорта или иного документа, удостоверяющего личность; фото и видео изображение; биометрические данные; данные о состоянии здоровья Пациента, о факте обращения за медицинской помощью, физиологические особенности человека, имеющиеся заболевания, поставленные диагнозы, факты обращения в медицинские организации; семейное положение, наличие детей, родственные связи, образ жизни, привычки и увлечения, в том числе вредные (алкоголь, наркотики и др.);

Я предоставляю право работникам Оператора, право на обработку моих персональных данных и персональных данных Пациента в рамках действующего законодательства РФ, а именно: совершение любых действий (операций) или совокупности действий (операций) с моими персональными данными с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (за исключением распространения), распространение, в том числе передачу персональных данных иным (третьим) лицам в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные, в том числе посредством внесения их в медицинские карты, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по ОМС (договором ДМС), внесения их в электронную базу данных.

Я предоставляю право Оператору передавать полученные в рамках настоящего Договора персональные данные ограниченному кругу третьих лиц:

_____.

Я даю согласие на получение от Исполнителя рекламных и/или иных информационных материалов (в том числе результатов анализов, заключений, приглашения на участие в акциях, новых услугах) (далее – материалы) с использованием сетей связи, СМС- /e-mail-сообщений, сообщений в соц.сетях и «мессенджерах» и иной объективной форме, указанных Пациентом в Договоре и/или в документах. Выражая согласие на получение материалов, Пациент соглашается на предоставление информации о факте дачи им такого согласия третьим лицам, привлекаемым для распространения материалов (в том числе операторам связи), и/или уполномоченным государственным (муниципальным) органам власти, в целях подтверждения данного факта, что повлечет предоставление вышеуказанным лицам документального подтверждения дачи настоящего согласия. Исполнитель не несёт ответственности, если третьи лица завладеют информацией при несанкционированном доступе к средствам связи Пациента.

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 (за исключением блокирования и хранения) в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и обеспечить их. Данное согласие на обработку персональных данных действует до момента истечения сроков хранения соответствующей информации или документов, содержащих вышеуказанную информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации. Настоящее согласие считается данным мною третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку моих персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной « 28 » августа 2023 г. _____.

Пациент (представитель)

_____ /