

ДОГОВОР № 164500

на оказание платных медицинских услуг

г. Самара

24.08.2023 г.

Общество с ограниченной ответственностью "Клиники доктора Кравченко", 443114 г. Самара ул.Г.Димитрова 20, ОГРН 1066312057767, выдан Инспекцией Министерства Российской Федерации по налогам и сборам по Кировскому р-ну г. Самары, лицензия Л041-01184-63/00327765 от 21.02.2020г. 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: лечебному делу; медицинскому массажу; сестринскому делу в педиатрии; физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии; дерматовенерологии; детской кардиологии; детской урологии-андрологии; детской эндокринологии; кардиологии; косметологии; мануальной терапии; остеопатии; пульмонологии; физиотерапии. 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; медицинской оптике; сестринскому делу; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) и искусственного прерывания беременности); акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности); анестезиологии и реаниматологии; гастроэнтерологии; диетологии; неврологии; оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации); офтальмологии; психиатрии-наркологии; ревматологии; рефлексотерапии; стоматологии хирургической; ультразвуковой диагностике; урологии; функциональной диагностике; эндокринологии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: неврологии; стоматологии хирургической; При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведению профилактических прививок); при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: детской хирургии; травматологии и ортопедии; хирургии; При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: медицинским осмотрам профилактическим, именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице генерального директора, Кравченко Антона Валерьевича с одной стороны и Тест Тест, именуемый в дальнейшем **Пациент**, с другой стороны заключили настоящий договор о нижеследующем:

I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. **Исполнитель** оказывает платные медицинские, сопутствующие услуги (**далее по тексту-услуги**), указанные в Приложении к договору, а **Пациент** эти услуги оплачивает.
- 1.2. Перечень оказываемых услуг с указанием их стоимости, места и срока выполнения указывается в Приложении к договору.

II. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 2.1. Стоимость услуг предусмотрена Прейскурантом, утвержденным Исполнителем, размещается на сайте(<https://www.kdk-clinic.ru/>), в медицинском центре и являются неотъемлемой частью Договора.
- 2.2. Расчеты осуществляются путем оплаты **Пациентом** медицинских услуг наличными деньгами через кассу Исполнителя или безналичным расчетом на расчетный счет Исполнителя.
- 2.3. **Исполнитель** представляет **Пациенту** все необходимые для производства расчетов документы.

III. УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие **Пациента** (Приложение 1).
- 3.2. **Исполнитель** обследует и информирует **Пациента** о наличии заболеваний, определяет диагноз и прогноз заболеваний, разъясняет методы лечения и возможные осложнения, возможные варианты медицинского вмешательства и их последствия, результаты лечения, согласовывает сроки лечения.
- 3.3. Решение о целесообразности применения той или иной формы медицинского вмешательства принимается лечащим врачом с учетом клинического состояния **Пациента** и с его информированного согласия.
- 3.4. **Исполнитель** предупреждает **Пациента** о возможной необходимости в дополнительных методах обследования, которые осуществляются за дополнительную плату.
- 3.5. **Исполнитель** имеет право, в случае необходимости, направить **Пациента** на консультацию к другому специалисту или в другое лечебное учреждение.
- 3.6. **Пациент** понимает, что в ходе оказания медицинской помощи могут возникнуть неожиданные обстоятельства, меняющие согласованный план или требующие дополнительных исследований, процедур, манипуляций. **Пациент** доверяет врачу и его ассистентам принимать соответствующие решения на основании их профессионального суждения и выполнять любые медицинские действия, которые врач сочтет необходимым в данной ситуации. Оплату гарантирую. В случае, если в процессе оперативного вмешательства будут установлены факты сокрытия со стороны пациента обстоятельств, имеющих существенное значение для проведения медицинского вмешательства, врач вправе прекратить вмешательство.

IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1. **Исполнитель** обязан:
 - предоставить **Пациенту** достоверную, доступную информацию о предоставляемой услуге;
 - оказать **Пациенту** квалифицированную, качественную медицинскую помощь в установленные сроки.
- 4.2. **Исполнитель** имеет право:
 - в случае возникновения неотложных состояний, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренной договором.
 - взимать предоплату за свои услуги.
- 4.3. **Пациент** обязан:
 - информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
 - оплатить медицинские услуги, предусмотренные договором;
 - являться на прием, лечение или процедуры в установленное время;
 - выполнять все требования, обеспечивающие качественное представление медицинских услуг, своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению им условий настоящего Договора;

- выполнять назначения врача, бережно относиться к себе и своему здоровью.

4.4. Пациент имеет право:

- на предоставление ему достоверной, доступной информации о медицинской услуге;
- на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;
- вносить предоплату (при согласовании с Исполнителем);
- в любой момент отказаться от медицинской помощи с оплатой фактически оказанных услуг и понесенных расходов.

V. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. За невыполнение, или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 5.2. В случае уклонения или неявки на прием в назначенное время Пациента, предоплата указанная в п.4.2. Договора не возвращается и идет на покрытие расходов, понесенных Исполнителем (аренда помещения, аренда оборудования и т.д.)
- 5.3. Споры и разногласия сторон, связанные с неисполнением, либо с ненадлежащим исполнением своих обязательств, будут разрешаться, по возможности, путем переговоров между сторонами. Если стороны не придут к соглашению, споры подлежат рассмотрению в порядке, определенном действующим законодательством РФ.
- 5.4. Исполнитель несет ответственность за недостатки услуги при условии соблюдения Пациентом врачебных рекомендаций.


VI. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

- 6.1. Условия настоящего договора могут быть изменены по письменному соглашению сторон. Все уведомления и сообщения, направленные сторонами в связи с исполнением, изменением, расторжением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.
- 6.2. Договор может быть прекращен по окончании предоставления медицинских услуг.
- 6.3. Настоящий Договор вступает в силу с даты подписания его сторонами и действует в течении года.
- 6.4. Приложения к настоящему Договору, подписанные Сторонами, являются его неотъемлемой частью.

VII. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 7.2. Гарантийный срок на выполненную работу устанавливается в каждом конкретном случае индивидуально и фиксируется в Гарантийном талоне.
- 7.3. Гарантия устанавливается на основании Положения об установлении гарантийного срока и срока службы при оказании стоматологической помощи в ООО «Клиники доктора Кравченко».
- 7.4. 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;
 - ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;
 - 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 сведениями о платных и бесплатных услугах, стандартах медпомощи, медрботниках, 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 медрботника 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.
- 7.5. 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.
- 7.6. 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.

VIII. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель	Пациент
ООО "Клиники доктора Кравченко" 443114, г. Самара, ул. Георгия Димитрова, 20 ОГРН 1066312057767 ИНН 6312069182 КПП 631201001 Р/С 40702810354400105890 К/С 30101810200000000607 в Поволжском Банке Сбербанка РФ БИК 043601607 +7 (846) 375-04-80 E-mail: info@kdk-clinic.ru  Ген.директор _____ Кравченко А.В.	Тест Тест Паспорт: Адрес: Телефон: Эл.адрес: Подпись: _____

**Приложение №1 к договору № 164500 от 24.08.2023 г.
Информированное добровольное согласие на
медицинское вмешательство**

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

01.01.1990 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 «Клиники 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 (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

« 24 » августа 2023 г.
(дата оформления)

**Приложение №2 к договору № 164500 от 24.08.2023 г.
СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТА**

г. Самара

24.08.2023 г.

Я, Тест Тест , 01.01.1990 рождения, зарегистрированный по адресу:

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: _____

ознакомился

с документами ООО «Клиники 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 «Клиники 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 мной третьим лицам, указанным выше, и третьи лица имеют право на обработку моих персональных данных на основании настоящего заявления.

Настоящее согласие дано мной « 24 » августа 2023 г.