

Договор № **Номер договора** на оказание платных медицинских услуг

г. Город

Дата подписания договора

Наименование организации ОГРН - 1135249006100, лицензия на осуществление медицинской деятельности №Л041-01164-52/03829371, выданная министерством здравоохранения Нижегородской области, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Карповой Анны Владимировны, с одной

стороны, и ФИО пациента, зарегистрированный по адресу Адрес регистрации пациента именуемый в дальнейшем «Пациент» с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Для целей настоящего договора используются основные понятия, изложенные в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (Утверждены Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736).

Исполнитель обязуется оказать Пациенту медицинские услуги, медицинскую помощь (перечень оказываемых платных медицинских услуг указывается в приложениях к настоящему договору), а Пациент обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

Медицинские услуги оказываются в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения (606031, Нижегородская область, г.Дзержинск, пр.Циолковского, дом 61А) в соответствии с утвержденными Исполнителем Порядком предоставления платных медицинских услуг.

При необходимости выезда по другому адресу все расходы Исполнителя оплачивает Пациент.

Срок оказания медицинских услуг определяется врачом в зависимости от клинической ситуации в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 29.12.2022 № 2497.

1.1. До заключения Договора Пациент:

- уведомлен(а) о том, что обязан(а) соблюдать режим лечения (указаний, рекомендаций), назначенного медицинским работником (в том числе в период временной нетрудоспособности), а также о том, что несоблюдение мною указаний (рекомендаций) 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 моем здоровье (п. 24 Постановления Правительства РФ от 11 мая 2023 г. N 736);
- уведомлен(а) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи бесплатно в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- информирован о том, что медицинская помощь оказывается в соответствии в Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи и на основе Клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом РФ, а также в объеме, большем или меньшем (отдельные консультации или манипуляции) и дает на это согласие. Ознакомиться с соответствующими документами можно: minzdrav.gov.ru и pravo.gov.ru;
- информирован о том, что ответственным сотрудником за организацию платных медицинских услуг является директор.

1.2. Пациент внимательно ознакомился(лась) с данным документом и принял решение заключить Договор лечения с данной медицинской организацией.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1.

Пациент

имеет

право:

2.1.1. Получать медицинские услуги (медицинскую помощь) в соответствии с настоящим договором.

2.1.2. В любой момент отказаться от медицинской помощи.

2.1.3. Пациент имеет право на получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением нерабочих дней).

2.1.4. Получать сведения о квалификации специалистов.

2.1.5. В течение 10 рабочих дней с момента подачи запроса получать очно в клинике при предъявлении паспорта (врачебная тайна), без дополнительной оплаты, после получения платных медицинских услуг имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования.

2.1.6. Пациент дает информированное добровольное согласие на медицинскую помощь. В случаях, когда состояние Пациента не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах пациента решает консилиум, а в особых случаях лечащий врач. Отказ от медицинского лечения с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается Пациентом или его законным представителем, а также врачом.

2.2. Пациент обязуется:

2.2.1. Предварительно оплатить стоимость предоставляемой медицинской помощи (медицинских услуг), согласно Прайс-листа, действующего на момент заключения Договора.

2.2.2. Выполнять требования Исполнителя и законодательства РФ, обеспечивающие качественное предоставление платных медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений. Проходить необходимое по Порядкам, Стандартам оказания медицинской помощи, Клиническим рекомендациям и санитарному законодательству РФ обследования. Соблюдать Порядок предоставления платных медицинских услуг, утвержденный Исполнителем.
Заказчик _____

2.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба Пациентом имуществу Исполнителя.

2.2.4. Ознакомиться с Порядком оказания медицинской помощи и соблюдать его. 2.2.5. Выполнять назначения Исполнителя.

2.2.6. Немедленно извещать лечащего врача, при очередном посещении, обо всех изменениях в приеме медикаментов. При появлении боли, дискомфорта и других жалоб в периоды между этапами лечения, немедленно извещать лечащего врача, либо посетить клинику Исполнителя для решения вопроса об оказании медицинской помощи.

2.2.7. Предоставить Исполнителю необходимые документы и материалы. Нести ответственность за достоверность представляемой информации. В случае сокрытия от Исполнителя информации, а также сообщение недостоверной информации, ответственность за свое здоровье и дальнейшие последствия, вызванные сокрытием информации, несвоевременным сообщением информации, приведших к ухудшению здоровья Пациента, не достижению результата лечения и иным неблагоприятным последствиям, несет Пациент.

2.2.8. Регулярно посещать профилактические осмотры по графику, установленному лечащим врачом.

2.2.9. В случае изменения телефонного номера, адреса электронной почты и (или) адреса места жительства, указанных в реквизитах настоящего договора, в течение 7 дней, с момента соответствующего изменения, сообщить новые данные Исполнителю.

2.3. Исполнитель имеет право:

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

2.3.2. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в другие лечебные учреждения в соответствии с состоянием здоровья Пациента. В случае возникновения неотложных ситуаций, угрожающих жизни Пациента, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.3.3. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей в интересах пациента.

2.3.4. Исполнитель имеет право отказаться от договора при нарушении Пациентом условий договора.

2.3.5. В одностороннем порядке изменять Прайс-лист. Новый Прайс-лист считается действующим со дня его утверждения Исполнителем.

2.4. Исполнитель обязан:

2.4.1. Обеспечить Пациента доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения (на стендах организации):

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг (информационный стенд, открытые источники о Порядках, Стандартах оказания мед. Помощи, Клинических рекомендациях, утвержденных минздравом - minzdrav.gov.ru и pravo.gov.ru);

- 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 пациент получает также в форме информированного согласия, подписывая его;

2.4.2. Оказывать Пациенту услуги, указанные в приложениях к настоящему Договору, а при необходимости

и дополнительные услуги в соответствии с требованиями к медицинским услугам на территории Российской Федерации.

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

2.4.4. Предоставить в доступной форме информацию 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.

2.4.5. Представлять для ознакомления по требованию Пациента:
- копию учредительного документа Исполнителя;
- копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.4.6. Обеспечить соответствие предоставляемых по настоящему Договору услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения на территории Российской Федерации (Порядки и Стандарты оказания медицинской помощи, Клинические рекомендации и др., с которыми можно ознакомиться: pravo.gov.ru и rosminzdrav.ru) или в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполненного стандарта, на что Пациент, заключая договор, дает согласие.

2.4.7. Представлять пациенту счет-смету с указанием перечня и стоимости оказанных медицинских услуг при каждом визите в клинику, которая является приложением к данному договору.

2.4.8. Информировать Пациента о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения. При возникновении неблагоприятных последствий, вследствие несоблюдения Пациентом назначений и рекомендаций Исполнителя, последний не несет ответственности перед Пациентом.

2.4.9. В течение 10 рабочих дней после письменного обращения Пациента выдать следующие документы, подтверждающие фактические расходы Пациента на оказанные медицинские услуги:

- копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- рецептурный бланк с проставленным штампом "Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика", заверенный подписью врача и печатью медицинской организации (только в том случае, если данный препарат был выписан врачом исполнителя и при предъявлении чеков с датами и наименованием препарата из аптеки).

2.4.10. Предоставить ответ на письменное обращение Пациента в течение 10 рабочих дней.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором, а также расчет стоимости медицинских услуг указывается в приложении к договору (счете-смете). Пациент оплачивает медицинские услуги согласно Прайс-листа, утвержденного Исполнителем.

3.2. Пациент предварительно оплачивает 100% стоимость оказываемых услуг. При возникновении задолженности Пациент обязан оплатить её в течение 10 дней.
Заказчик _____

3.3. Исполнитель выдаёт Пациенту документы установленного образца, подтверждающие оплату (кассовый чек или бланк строгой отчетности).

3.4. Пациент должен предъявлять документ, удостоверяющий личность и страховой полис, при каждом обращении к Исполнителю, если лечение проходит в рамках договора ДМС.

3.5. В случае оказания услуг по программе ДМС, Пациент самостоятельно оплачивает фактически оказанные медицинские услуги, не входящие в предусмотренную программу ДМС, в соответствии с условиями настоящего договора. В случае, если лечение, произведенное Пациенту, не будет оплачено его страховой компанией полностью или частично в течение 60 календарных дней с момента направления соответствующего счета в страховую компанию, Пациент обязан осуществить оплату оказанных ему услуг в течение 7 рабочих дней, с момента получения соответствующего письменного требования от Исполнителя.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и ненадлежащее исполнение условий настоящего договора в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель не несет ответственности в случаях: возникновения осложнений по вине Пациента, невыполнение Пациентом назначений врача, несвоевременное сообщение Пациентом о возникших отклонениях и нарушениях в состоянии здоровья, прекращении лечения по инициативе Пациента.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1. Стороны обязуются хранить в тайне лечебную, финансовую и иную конфиденциальную информацию, полученную от другой Стороны при исполнении настоящего Договора. Видео/фотосъемка, аудиозапись персонала Исполнителя запрещена.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о Пациенте в соответствии с Федеральным Законом «Об основах охраны здоровья граждан» (врачебная тайна).

5.3. Пациент информирован о том, что в целях обеспечения безопасности в Клинике Исполнителя ведется видеонаблюдение, и не возражает против этого.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Согласие Пациента на проведение медицинской услуги и факт ее получения одновременно означает и согласие Пациента на оплату этой услуги по цене, указанной в Прайс-листе.

7. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

7.1. При наличии претензии к проведенным обследованиям, консультациям специалистов и лечению Пациент обязан в тот же день информировать о данном факте лечащего врача. Все споры стороны стараются урегулировать в дружеском порядке путем переговоров. В случае невозможности урегулирования споров путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

8.1. Подписывая настоящий Договор, Пациент подтверждает, что не возражает против обработки следующих его персональных данных: фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата рождения, адрес, телефон, адрес электронной почты, должность, место работы, паспортные данные, сведения о документах удостоверяющих личность, состояние здоровья и других данных, предоставленных им лично Исполнителю, с целью выполнения договора, выгодоприобретателем которого является Пациент, а так же соблюдение требований Конституции Российской Федерации, Гражданского кодекса РФ, Федерального закона от 21.11.2011г. №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Федерального закона от 27 июля 2006г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и иных законов РФ в области здравоохранения. Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: обработка персональных данных, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение. Подписывая настоящий договор, Пациент не возражает против сведений о нем, перечисленных в настоящем пункте, в страховые медицинские организации. Пациент согласен на передачу его персональных данных, перечисленных в настоящем пункте, включая сведения о фактах обращения за медицинской помощью, о его состоянии здоровья, диагнозе его заболевания, о результатах анализов и иных исследований и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении третьими лицами, привлеченными Исполнителем для оказания пациенту медицинских услуг, а так же независимым экспертам и независимым специалистам, привлеченным с целью осуществления Исполнителем контроля качества медицинской помощи.

Получение и передачу указанных сведений Пациент разрешает осуществлять в целях наиболее эффективного выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. Пациент дает согласие на то, что подписание настоящего Договора является для организации основанием для предоставления запрошенных о нем сведений, в том числе, содержащих персональные данные и врачебную тайну, Исполнителю. Согласие действует до исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору. Далее обработка персональных данных осуществляется на основании действующего законодательства РФ. Исполнитель вправе добровольно прекратить обработку персональных данных до истечения указанного срока, не уведомляя Пациента об этом. Настоящее согласие может быть отозвано Пациентом в письменной форме.

8.2. Являясь субъектом персональных данных, подписывая настоящий договор принимаю решение и выражаю согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение), использование, распространение (в том числе и передачу) и уничтожение моих персональных данных, отраженных в настоящем договоре с целью организации и проведения маркетинговых исследований, рекламных акций, распространение рекламной информации. Срок обработки персональных данных составляет 10 (десять) лет. В порядке, предусмотренным действующим законодательством РФ, согласие может быть отозвано мною

путем письменного обращения к оператору, получающему согласие субъекта персональных данных. Выражаю согласие на получение СМС сообщений и сообщений по электронной почте о деятельности Исполнителя от Исполнителя или по его поручению третьими лицами.

Заказчик _____

9. ПАЦИЕНТУ ПРЕДОСТАВЛЕНА ИНФОРМАЦИЯ

9.1. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства (лечения), возникшие вследствие биологических особенностей организма и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований.

9.2. В случае несогласия Пациента с проведением дополнительных исследований, предложенных Исполнителем, последний не несет ответственности за результаты обследования и достоверность диагноза. При этом плата, внесенная Пациентом за оказанные услуги, не возвращается.

9.3. Пациент ознакомился с Прайс-листом.

10. ВСТУПЛЕНИЕ В СИЛУ, РАСТОРЖЕНИЕ ДОГОВОРА

10.1. Настоящий договор заключён на неопределённый срок и вступает в силу с момента его подписания сторонами.

Началом курса лечения является день первой консультации лечащего врача.

10.2. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе Исполнителя в одностороннем порядке при невыполнении Пациентом условия по оплате медицинских услуг, в том числе нарушении сроков оплаты. При расторжении Договора стоимость уже оплаченных и оказанных услуг не возвращается, если они соответствуют фактически оказанным услугам. При оказании услуг на сумму большую, оплаченной Пациентом, последний обязан оплатить недостающую сумму за фактически оказанные услуги.

10.3. Пациент вправе в любое время отказаться от лечения и расторгнуть договор при условии полной оплаты оказанных услуг. В этом случае Пациент не вправе предъявлять Исполнителю претензии по качеству незавершенного лечения.

Исполнитель:

ООО «Клиника-1» ИНН 5249130230, КПП 524901001, ОКПО 25668791, 606031, Нижегородская область г. Дзержинск, ул. Чкалова пр-т, д. 2, помещ. 8, оф. 6, тел./факс 8(8313)397-397, р/с 40702810101350001090 в ФИЛИАЛ ПАО "БАНК УРАЛСИБ" в г. Уфа, к/с 3010181060000000770, БИК 048073770, E-mail, сайт: Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности: 606031, Нижегородская область г. Дзержинск, проспект Циолковского, дом 61А, помещение 1. Лицензия на осуществление медицинской деятельности ООО «Клиника-1» № Л041-01164-52/03829371 от 25.11.2025 года, выданная министерством здравоохранения Нижегородской области (адрес: Нижний Новгород, ул. Малая Ямская, д.78, отдел лицензирования, тел. 8 (831) 435-31-90, 435-31-91, 435-79-21), срок действия - бессрочно.

Пациент:

При необходимости Пациент просит высылать результаты анализов на электронную почту,

Указываю адрес: Email пациента
Информацию о состоянии своего здоровья доверяю сообщать по телефону: _____

(подпись)

11. Подписи и реквизиты сторон

Исполнитель

Потребитель

Наименование организации

ФИО ФИО пациента

Реквизиты клиники

Должность руководителя

_____/ФИО руководителя

м.п.

Экземпляр договора на руки получил(а)

Текущая дата _____ г.

Паспорт: серия Серия паспорта пациента

№ Номер паспорта пациента

Кем и когда выдан: Кем выдан паспорт пациента

Телефон: Телефон пациента

Email: Email пациента

Фамилия и инициалы пациента

подпись