

УВЕДОМЛЕНИЕ

(Согласно пункту 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. № 1006).

До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомляет Потребителя (Заказчика) о том, что не соблюдение 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 здоровья потребителя.

Исполнитель _____

Потребитель (Заказчик) _____

ДОГОВОР № _____ /2023

возмездного оказания платных медицинских услуг

г. Красноярск

« _____ » _____ 2023 г.

Индивидуальный предприниматель Ерахтина Наталия Михайловна, именуемая в дальнейшем «Исполнитель», зарегистрированная Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №23 по Красноярскому краю за основным государственным регистрационным номером ОГРНИП: 310246811900134, дата присвоения ОГРНИП: 29.04.2010, что подтверждается свидетельством серия 24 № 006062719, ИНН: 246000469203, действующий в соответствии с лицензией № ЛО41-01019-24/00294886 от 26 сентября 2014 года, с одной стороны, и

_____, (фамилия, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя);

(фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица);

(наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель» (либо Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

"платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договор);

"потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

"исполнитель" - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям.

Платные медицинские услуги предоставляются на основании перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность и указанных в лицензии на осуществление медицинской деятельности, выданной в установленном порядке.

1. Сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности.

1.1. Лицензия № ЛО-24-01-002542 от 26 сентября 2014 года, выдана Министерством Здравоохранения Красноярского края, адрес: 660017, г. Красноярск, ул. Красной армии, 3, телефон: +7 (391) 211-51-51, e-mail: office@kraszdrazv.ru.

1.2. Перечень работ составляющего медицинскую деятельность Исполнителя: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: неврологии.

2. ПРЕДМЕТ И УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

2.1. Потребитель (либо Заказчик) поручает и оплачивает, а Исполнитель оказывает медицинские услуги по неврологии в соответствии с перечнем, установленным лицензией Исполнителя.

Исполнитель вправе оказать следующие консультативно-диагностические неврологические услуги:

- Клинический осмотр Потребителя (Заказчика либо его ребенка в возрасте до 15 лет);
- Оценку лабораторных и клинических исследований, проведенных до обращения к Исполнителю;
- Установление диагноза заболевания, в случае наличия у Потребителя (Заказчика либо его ребенка в возрасте до 15 лет) неврологической патологии;
- Назначение дополнительных лабораторных и аппаратных методов исследования, консультаций специалистов смежных специальностей, необходимых для установления диагноза, а также их оценка;
- Составление плана лечения, в том числе с применением методик гирудотерапии и озонотерапии.

2.2. Объем подлежащих оказанию услуг, ориентировочный срок их оказания (отдельных этапов) согласовывается Сторонами (после осмотра врачом), определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показаниями Потребителя и техническими возможностями Исполнителя и оформляется в Приложении, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.3. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с правилами оказания возмездных услуг, действующими у Исполнителя и прейскурантом цен Исполнителя до заключения настоящего Договора.

2.4. Потребитель (Заказчик) соглашается с тем, что стоимость медицинских услуг (работ) невролога, согласованная с ним после осмотра, является предварительной и не включает стоимость лечения скрытых патологий, которые могут быть обнаружены Исполнителем в процессе лечения. Точная стоимость услуг определяется после завершения лечения.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

В случае если федеральным законом, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации предусмотрены обязательные требования к качеству медицинских услуг, качество предоставляемых платных медицинских услуг должно соответствовать этим требованиям.

3.1.2. Использовать при оказании медицинских услуг методы, оборудование, инструментарий и материалы, разрешенные к применению в РФ, имеющие при необходимости соответствующие сертификаты и сроки годности.

3.1.3. Соблюдать врачебную тайну, не допускать разглашение сведений, составляющих врачебную тайну (информацию о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья, диагнозе и иные сведения, полученные при оказании медицинской помощи).

3.1.4. Предоставить потребителю (законному представителю потребителя/Заказчику) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

3.1.5. После исполнения договора выдать Потребителю (законному представителю потребителя/Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Самостоятельно определять характер исследований и манипуляций, необходимых для установления диагноза и лечения Потребителя.

3.2.2. При отсутствии в день приема лечащего врача назначить Потребителю другого специалиста соответствующего профиля и квалификации.

3.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

3.3.1. Дать свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, план и сроки лечения, стоимость услуг (работы), ознакомиться с иными документами путем их подписания.

3.3.2. В соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006 дать согласие на хранение и обработку его персональных данных (фамилия, имя, отчество, дата рождения, адрес проживания, сведения о состоянии здоровья, видеонаблюдения) в целях исполнения данного договора и в соответствии с требованиями законодательных актов РФ.

3.3.3. Предоставить необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую качественное предоставление медицинских услуг: о состоянии своего здоровья и здоровья ближайших родственников, об имеющейся в анамнезе патологии, перенесенных или имеющихся заболеваниях, инфекциях, в том числе передающихся половым путем, наличии вредных привычек и вредных и опасных условиях труда на производстве, способных повлиять на состояние здоровья Потребителя, аллергических реакциях, а также предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты (при наличии), номера контактных телефонов, фактический адрес места пребывания).

3.3.4. В случае возникновения любых проблем, связанных с лечением, немедленно сначала обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других медицинских учреждений (организаций).

3.3.5. Неукоснительно соблюдать все назначения и рекомендации лечащего врача для достижения и сохранения результатов лечения.

3.3.6. Своевременно являться на лечебные, контрольные и профилактические приемы в сроки, указанные врачом.

3.3.7. Оплатить предоставленную исполнителем медицинскую услугу в сроки и в порядке, которые определены договором.

3.4. Потребитель (Заказчик) имеет право:

3.4.1. На предоставление полной и достоверной информации о предоставляемой услуге (работе).

3.4.2. В любое время расторгнуть настоящий Договор, уплатив Исполнителю часть цены пропорционально части оказанных услуг (выполненных работ).

4. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в помещении Исполнителя в соответствии с Лицензией по адресу: 660041, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Вербная, дом 4, пом. 3, Клиника Династия.

4.2. Оказание услуг по настоящему Договору производится в порядке очереди на прием.

4.3. Объем оказываемых услуг определяется общим состоянием здоровья Потребителя, медицинскими показаниями по неврологическому лечению, желанием Потребителя (Заказчика) и возможностями Исполнителя.

4.4. Согласованные сторонами сроки предоставления платных медицинских услуг указаны в Приложении к настоящему Договору.

5. ПОРЯДОК, ФОРМЫ И СПОСОБЫ ОПЛАТЫ ПО ДОГОВОРУ

5.1. Расчеты за медицинские услуги осуществляются в форме 100% предоплаты, частичной предоплаты и /или оплаты оказанных услуг непосредственно после их оказания, исходя из Прейскуранта цен, в зависимости от вида оказываемых медицинских услуг.

5.2. Оплата стоимости услуги осуществляется согласно действующему Прейскуранту цен в кассе Исполнителя или путем безналичного перечисления денежных средств в соответствии с Приложением № 1.

5.3. В случае, когда услуга по желанию Потребителя (Заказчика), выполняется в ускоренном порядке, вне рабочего графика Исполнителя, с Потребителя (Заказчика) по согласованию Сторон дополнительно взимается оплата сверхурочных работ в размере от 40% до 100% базовой (по Прейскуранту) стоимости услуги (работы).

5.4. В случае если в процессе оказания услуг возникает необходимость корректировки, связанной с непредвиденными ситуациями (общие и местные реакции организма на использование медикаментов, обстоятельства, выявленные в результате различных видов диагностики и т.д.), оказывающих влияние на общую стоимость Исполнитель незамедлительно сообщает об этом Потребителю (Заказчику). При этом Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от оказания услуг и расторгнуть настоящий Договор, возместив Исполнителю, фактически понесенные расходы. В случае если Потребитель (Заказчик) письменно не возражает, оказание услуг продолжается на новых условиях.

5.5. В случае невозможности полного исполнения услуги, возникшей по вине Заказчика, Исполнитель не несет ответственности за дальнейшее течение заболевания и качество оказанной помощи, при этом сумма, оплаченная Заказчиком Исполнителю за проведенную ранее консультацию, возврату не подлежит.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, по причине нарушения его условий Потребителем (Заказчиком), а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за причинение вреда здоровью Потребителю в случаях, если:

6.3.1. Проявились осложнения (в том числе аллергия), связанные с тем, что Потребитель (Заказчик) не предоставил Исполнителю полную достоверную информацию об имеющихся у него заболеваниях.

6.3.2. Вред причинен в рамках обоснованного профессионального риска.

6.3.3. Обострились сопутствующие и появились вновь выявленные заболевания у Заказчика, не являющиеся следствием или осложнением заболевания, по поводу которого оказана консультативно-диагностическая услуга.

6.3.4. Обострились сопутствующие заболевания, являющиеся неизбежным следствием течения основного заболевания или рекомендованной терапии;

6.3.5. Проявились косметические и анатомические дефекты, сохраняющуюся после операции патологическую неврологическую симптоматику, являющиеся неизбежным следствием рекомендованного оперативного вмешательства;

6.3.6. Нарушения здоровья Потребителя, вызванные действиями или бездействием третьих лиц и не являющиеся следствием данных при оказании услуги рекомендаций.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за невыполнение или ненадлежащее выполнение обязательств по настоящему Договору, возникшее вследствие форс-мажорных обстоятельств, а именно: пожара, землетрясения, наводнения, катастроф, специальной военной операции, войны и иных военных действий, пандемии, а также иных непреодолимых обстоятельств и их последствий, включая несогласованное отключение энергообеспечения, водообеспечения Исполнителя, если это не вызвано невыполнением Исполнителем обязательств по оплате соответствующих услуг.

7. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Отсутствие ожидаемого Потребителем (Заказчиком) результата, если Исполнитель предпринял все необходимые профессиональные действия при соблюдении той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру обязательств и условиям договора, не является основанием для признания услуги ненадлежащей.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до момента исполнения обязательств Сторонами.

8.2. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору действительны при условии, что они совершены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.

8.3. Все споры и разногласия, возникающие при исполнении настоящего Договора, разрешаются сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ по месту регистрации Исполнителя.

8.4. При возникновении разногласий сторон по вопросу качества оказанных услуг Представитель потребителя (Заказчик) до обращения в суд обязан предъявить письменную претензию Исполнителю. Исполнитель обязан в течение одного месяца с даты её получения рассмотреть претензию Потребителя (Заказчика).

8.5. Условия настоящего Договора могут быть изменены по взаимному согласию Сторон путем подписания письменного соглашения.

8.6. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

8.7. Исполнителем доведена до сведения Потребителя (Заказчика) информация о возможности и порядке получения медицинских услуг на бесплатной основе.

8.8. В случае госпитализации Потребителя в период действия договора в стационар для прохождения лечения, действие договора приостанавливается на период стационарного лечения и возобновляется после его выписки из стационара с продлением срока действия договора на период лечения Потребителя в стационаре.

8.9. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

9. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Потребитель (Заказчик):

ФИО:

Дата рождения:

Телефон:

Адрес:

Исполнитель:

ИП Ерахтина Наталия Михайловна

ОГРНИП: 310246811900134,

дата присвоения ОГРНИП: 29.04.2010,

ИНН: 246000469203,

лицензия № Л041-01019-24/00294886 от 26.09.2014 г.

Тел. +79029420480

Место оказания платных медицинских услуг:

660041, г. Красноярск, ул. Вербная, дом 4, пом. 3, Клиника Династия.

Юридический адрес:

660028, г. Красноярск ул. Новосибирская 3-156

ФИО /подпись

ФИО /подпись

ФИО Заказчика _____

Перечень, стоимость, условия и сроки оказания платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором.

№ п/п	Дата	Наименование услуги	Условия и сроки предоставления услуг.	Ф.И.О. врача	Стоимость услуги (руб.)	Подпись потребителя об ознакомлении

Потребитель (Заказчик):

_____ / _____

ФИО /подпись

Исполнитель:

ИП Ерахтина Наталия Михайловна

_____ / _____

ФИО /подпись

Я, нижеподписавшийся _____

(Ф.И.О. Потребителя)

настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по настоящему Договору.

Мне разъяснен и понятен порядок получения медицинской помощи на территории Российской Федерации, а также я уведомлен(-а) о возможности получения бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программами обязательного медицинского страхования.

« _____ » _____ 20 _____ года _____ / _____

Подпись

расшифровка

Индивидуальному предпринимателю
Ерахтиной Наталии Михайловне
ИНН: 246000469203, ОГРНИП: 310246811900134
Дата присвоения ОГРНИП: 29.04.2010
Место нахождения: г. Красноярск. Ул. Вербная 4 пом.№3
(медицинской организации)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных пациента

Я, _____ (Ф.И.О. субъекта)

_____ (персональных данных),
"___" _____ года рождения, проживающий по адресу:
_____, паспорт:
серия _____ № _____, выдан _____

дата выдачи: "___" _____ года, руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных",

даю согласие **Индивидуальному предпринимателю (ИП) Ерахтиной Наталии Михайловне**
(наименование и адрес медицинской организации) (далее - Оператор)

(вариант: указать наименование или Ф.И.О. лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора, если обработка будет поручена такому лицу)

в целях оказания мне медицинских услуг на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, а именно на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ) - хранить и систематизировать мои персональные данные с использованием серверов ООО "Облачные интернет сервисы" зарегистрированных в реестре Федеральной службы по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций Регистрационный номер 78-21-007664 Приказ № 68 от 06.04.2021 ИНН 7842528034 Юр. Адрес 191119, Санкт-Петербург г., ул. Звенигородская, д. 8-10, лит. Б, пом. 11, оф. 1 дата регистрации уведомления 31.03.2021., обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях на следующий срок:

_____ 25 лет _____

(бессрочно или др.)

В соответствии с п. п. 3, 4 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор имеет право на обработку персональных данных, если она:

- необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц и получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

- осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в том числе и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись, Ф.И.О.)

Согласие получено "___" _____ г.

Уполномоченный представитель медицинской организации: _____

(подпись, Ф.И.О.)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

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

" ____ " _____ года 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 (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) у

Индивидуального предпринимателя (ИП) Ерахтиной Наталии Михайловны

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____ Ерахтиной Н. М. _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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. 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)

" ____ " _____ г.
(дата оформления)