

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.

Потребитель (Заказчик) _____

Исполнитель _____

ДОГОВОР №

Об оказании платных медицинских услуг
разовой консультации невролога

г. Красноярск

«___» _____ 2023 г.

Индивидуальный предприниматель Народова Валерия Вячеславовна ОГНИП 309246801600069, ИНН 246505854207 лицензия Л041-01019-24/00318984 от 09.02.18, действующая на основании свидетельства серия 24 №005261031 от 16.01.2009, с одной стороны, и гражданин РФ,

(далее по тексту – «Заказчик»), с другой стороны, заключили договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

- 1.1. Исполнитель оказывает Заказчику платные медицинские услуги (консультация ребенка) амбулаторно в объеме, порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, а Заказчик обязуется оплатить платные медицинские услуги в порядке и на условиях, определенных настоящим Договором.
- 1.2. Под платными медицинскими услугами понимаются медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров
- 1.3. На условиях настоящего Договора Заказчик приобретает медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом, оказываемые в соответствии с действующим в Российской Федерации Порядками и Стандартами оказания медицинской помощи и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
- 1.4. Факт заключения Договора не является основанием для предоставления Заказчику платных медицинских услуг в первоочередном порядке.
- 1.5. Исполнитель обязуется оказать следующие консультативно-диагностические неврологические услуги:
- Клинический осмотр Заказчика (либо его ребенка возрасте до 15 лет);
 - Оценку лабораторных и клинических исследований, проведенных Заказчику до обращения к Исполнителю;
 - Установление диагноза заболевания, в случае наличия у Заказчика (либо его ребенка 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.

2. Обязательства Сторон.

2.1. Исполнитель обязуется

- 2.1.1. Предоставлять платные медицинские услуги, в соответствии с п.1.5. Договора, 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.
- 2.1.2. Информировать Заказчика о состоянии его здоровья, методах рекомендуемых обследований и иных действий, об их возможных осложнениях.
- 2.1.3. Информировать Заказчика по мере необходимости о возможности проведения дополнительных методов обследования и лечебно-диагностических мероприятий.
- 2.1.4. 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).

2.2. Исполнитель имеет право:

- 2.2.1. Отказать Заказчику в предоставлении Платных медицинских услуг при наличии обстоятельств, препятствующих их оказанию, либо при неисполнении, а равно ненадлежащем исполнении обязанностей, указанных в пункте 3.2 настоящего Договора.

2.3. Заказчик обязуется:

- 2.3.1. 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 Заказчика, аллергических реакциях, а также предоставить Исполнителю информацию для связи (адрес электронной почты (при наличии), номера контактных телефонов, фактический адрес места пребывания).
- 2.3.2. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации в области охраны здоровья граждан порядке информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и/или на отказ от медицинского обследования.
- 2.3.3. Оформить в установленном законодательством Российской Федерации порядке письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных.
- 2.3.4. Своевременно оплачивать Исполнителю Платные медицинские услуги в сроки и порядке, предусмотренные настоящим Договором.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Исполнитель не несет ответственности за:

- Обострение сопутствующих и появление вновь выявленных заболеваний у Заказчика, не являющихся следствием или осложнением заболевания, по поводу которого оказана консультативно-диагностическая услуга.
- Обострение сопутствующих заболеваний, являющееся неизбежным следствием течения основного заболевания или рекомендованной терапии;
- Косметические и анатомические дефекты, сохраняющуюся после операции патологическую неврологическую симптоматику, являющиеся неизбежным следствием рекомендованного оперативного вмешательства;
- Нарушения здоровья Заказчика, вызванные действиями или бездействием третьих лиц и не являющиеся следствием данных при оказании услуги рекомендаций;

3. Стоимость услуг. Порядок расчетов.

3.1. Общая стоимость медицинских услуг по настоящему Договору составляет

Пять тысяч рублей 00 коп

(НДС не облагается (в соответствии с подпунктом 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации))

3.2. Оплата Медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется Заказчиком в порядке стопроцентной предварительной оплаты в день подписания настоящего Договора, в рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя.

3.3 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.

4. Сроки по договору и порядок расторжения договора.

4.1 Настоящий Договор вступает в силу с момента его заключения и действует на период разовой консультации в день заключения договора.

4.2. Исполнитель обязуется оказать Заказчику Платные медицинские услуги в день обращения Заказчика за оказанием Платных медицинских услуг после осуществления их предварительной оплаты.

4.3. Досрочное расторжение настоящего Договора производится по взаимному соглашению Сторон либо в случаях и порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации или настоящим Договором.

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

5. Ответственность сторон.

5.1. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Заказчик вправе по своему выбору:
- назначить новый срок оказания услуги; потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги; расторгнуть настоящий Договор

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание или ненадлежащее оказание Платных медицинских услуг, если докажет, что неоказание или ненадлежащее оказание произошло вследствие нарушения Заказчиком условий настоящего Договора, в том числе, но не ограничиваясь: несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, назначенного режима наблюдения (лечения), непредставления Исполнителю или предоставление несоответствующих действительности сведений и информации, необходимой для качественного оказания Платных медицинских услуг, в том числе информации о наличии у Заказчика противопоказаний указанных в пункте 2.3.1. настоящего Договора.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное невыполнение обязательств при наличии и/или наступлении обстоятельств, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены. Стороны своевременно извещают друг друга о наступлении и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6. Заключительные положения.

6.1. Все возникшие претензии и споры разрешаются по соглашению Сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федеральным законом Российской Федерации от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Заказчик дает согласие на обработку, в том числе автоматизированную, обработку своих персональных данных.

6.3. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой Стороны.

6.4. До заключения настоящего Договора Заказчик, в соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012 года № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» ознакомлен и уведомлен в доступной форме:

- о том, что граждане Российской Федерации вправе получать медицинскую помощь бесплатно в государственных и муниципальных организациях здравоохранения в рамках государственных программ получения бесплатной медицинской помощи в объеме и порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации;

- о перечне и стоимости медицинских услуг по Прейскуранту ИП Народовой В.В.

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. Подписи и реквизиты сторон.

Заказчик:

Исполнитель:

ИП Народова Валерия Вячеславовна
ОГНИП 309246801600069,
ИНН 246505854207
Лицензия Л041-01019-24/00318984
Тел. +79029420480
Ул. Вербная 4 Клиника Династия
Юридический адрес:
660077 Красноярск ул. Молокова 5а-31

Заказчик

Исполнитель

(подпись.)

(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 _____ / _____

Я

_____ (фамилия, имя, отчество – полностью)

_____ года рождения, проживающий(ая) по адресу:

(далее «Заказчик») принят (принята) на амбулаторное лечение **ИП Народовой В.В.** (далее «Исполнитель»)

1. На медицинское вмешательство :

- 1.1. Мне разъяснены и понятны суть моего заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием этого заболевания. Я понимаю необходимость проведения необходимых манипуляций (процедур)
- 1.2. Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому), в соответствии с назначениями врача, осмотра, диагностических исследований: МРТ и КТ исследований, анализа крови общего и биохимического исследований крови на наличие вируса иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых и эндоскопических исследований и лечебных мероприятий: прием таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний, лечебных блокад, диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур. Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
- 1.3. Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
- 1.4. Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать Исполнитель о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
- 1.5. Я уполномочиваю Исполнителя выполнить любую процедуру или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций;
- 1.6. Я поставил (а) в известность Исполнителя обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
- 1.7. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, Исполнитель не несет ответственности за результаты моего лечения.
- 1.8. Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам: _____

2. На обработку персональных данных:

- 2.1. В соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», статьи 13 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» **подтверждаю свое согласие** на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа, удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), реквизиты справки МСЭ, место работы, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и другую информацию - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг по договору, осуществление иных, связанных с этим мероприятий, а также в целях организации внутреннего учета Исполнителя, при условии сохранения врачебной тайны.
- 2.2. **Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, извлечение, использование, передачу, обезличивание, блокирование, уничтожение**
- 2.3. Исполнитель вправе осуществлять следующие способы обработки персональных данных: на бумажных носителях, в информационных системах персональных данных с использованием и без использования средств автоматизации, а также смешанным способом.
- 2.4. В процессе оказания Исполнителем мне медицинских услуг я предоставляю право Исполнителю передавать мои персональные данные, в том числе составляющие врачебную тайну, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту, в интересах моего обследования, лечения и учета следующим лицам:
 - должностным лицам Исполнитель, а также лицам, обрабатывающим персональные данные с Исполнителем на основании заключенного с ним договора;
 - страховым медицинским организациям (в рамках ОМС), контролирующим органам: ФОМС, ТФОМС, Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Росстат, иным государственным органам.
 - а также на занесение, использование и хранение в базе данных информационной системы, предоставляемой 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. моих персональных данных : фамилия, имя, отчество, адреса места жительства, паспортные данные, номер телефона, дата рождения, рост, вес, температура тела, давление, номер полиса ДМС, группа крови, резус-фактор, курение, наличие заболеваний, наличие аллергических реакций, наличие непереносимости препаратов, поставленные прививки, история посещения врачей, результаты исследований, история осмотров (дата осмотра, должность врача, ФИО врача, результаты осмотра, диагноз, личная подпись) в целях оказания мне услуг по договору _____.Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.
- 2.5. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.
- 2.6. Условием прекращения обработки персональных данных является получение Исполнителем моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.
- 2.7. Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.
- 2.8. Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.

« _____ » _____ 20 _____ г.

_____ Подпись

ФИ

Расписался в моем присутствии:

Индивидуальный предприниматель

Народова В.В. _____