

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

«_____» _____ 2019г. г. Владикавказ
ООО "Медицинская клиника Инкор", именуемая в дальнейшем "Исполнитель", в лице Генерального директора Пагаевой Фатимы Петровны, действующего на основании Устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности N ЛО-15-01-000788 от 03 августа 2018 года, выданной Министерством здравоохранения Республики Северная Осетия-Алания (г.Владикавказ, ул.Бородинская, 9"а" тел. 8 (8672) 40-49-96, с одной стороны, и _____ **Ф.И.О. Потребителя** _____, именуемый в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

- 1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.
- 1.2. Исполнитель обязуется оказать Потребителю, на возмездной основе медицинские услуги по наименованию, стоимости и в сроки, указанные в Приложении, к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора и формируется при каждом последующем обращении Потребителя, а Потребитель обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и Приложениями к нему.
- 1.3. Срок оказания медицинских услуг предусмотренных п.1.1 указывается в Приложении к Договору.
- 1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- 1.5. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (законному представителю потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон

- 2.1. Исполнитель обязуется:
- 2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем предоставляемых платных медицинских услуг, качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.
- 2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 1 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.
- 2.1.3. Предупредить Потребителя о необходимости при предоставлении платных медицинских услуг предоставления на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.
- 2.1.4. По требованию Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:
- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
 - информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
 - информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
 - другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.
- 2.1.5. Предоставить Потребителю 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.
- 2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.
- 2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.
- 2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.
- 2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании Приложения к настоящему договору в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.
- 2.2. Исполнитель вправе:
- 2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.
- 2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.
- 2.3. Потребитель обязуется:
- 2.3.1. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.
- 2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.
- 2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.
- 2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.
- 2.4. Потребитель имеет право:
- 2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.
- 2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.
- 2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

- 3.1. Потребитель оплачивает медицинские услуги Исполнителю в объеме, установленном в Приложении к настоящему Договору в соответствии с действующим прейскурантом цен у Исполнителя на момент обращения за медицинскими услугами. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте w.w.wincor-med.ru и на информационных стендах Исполнителя.
- 3.3. Исполнитель не вправе требовать увеличения твердой сметы, а Потребитель - ее уменьшения, в том числе в случае, когда в момент заключения настоящего договора исключалась возможность предусмотреть полный объем подлежащих оказанию услуг или необходимых для этого расходов.

3.4. Исполнитель имеет право требовать увеличения твердой сметы при существенном возрастании стоимости материалов и оборудования, предоставляемых Исполнителем, а также оказываемых ему третьими лицами услуг, которое нельзя было предусмотреть при заключении настоящего договора. При отказе Потребителя выполнить это требование Исполнитель вправе расторгнуть настоящий договор в одностороннем порядке.

3.5. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.6. Дополнительные медицинские услуги согласно п. 2.1.9 договора и их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.7. Потребитель осуществляет 100%-ную предоплату непосредственно перед оказанием медицинских услуг. Оплата производится в рублях наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, а также иным не запрещенным законом способом.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях невыполнения Потребителем медицинских предписаний, назначений, рекомендаций Исполнителя.

4.4. Исполнитель не несет ответственность за сохранность и целостность имущества Потребителя, включая денежные средства, ценные вещи, оставленные в карманах верхней одежды, сумочках и т.д.;

4.5. Исполнитель несет ответственность за сохранность Медицинской карты амбулаторного больного (далее – МКАБ) и все медицинские документы, являющиеся неотъемлемой частью МКАБ.

4.6. Потребитель несет полную материальную ответственность за выданное ему в целях проведения медицинского исследования оборудование.

4.7. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна). За исключением случаев регламентированных действующим законодательством РФ

6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя о том, что несоблюдение 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.

6.2. Настоящий договор заключен сроком на 1 (один) год и вступает в силу с момента его подписания.

6.3. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Потребитель оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

7. Перечень медицинских услуг

7.1. В соответствии с лицензией Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги (выполнять работы): При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1) при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, сестринскому делу, функциональной диагностике; 2) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; 3) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; 4) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по гастроэнтерологии, кардиологии, детской кардиологии, пульмонологии, клинической фармакологии, неврологии, ревматологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, сердечно-сосудистой хирургии, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике, эндокринологии; 5) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: кардиологии, клинической фармакологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ультразвуковой диагностике, функциональной диагностике; 7. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, организуются и выполняются следующие работы (услуги): 3) при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

Наименование: ООО «Медицинская клиника ИНКОР»
в лице: Генерального директора Пагаевой Ф.П.
Адрес места нахождения: РСО-Алания,
г. Владикавказ ул. С. Мамсурова/пр. Коста, 20/79
ОГРН 1141513003609, ИНН/КПП 1513049564/151301001
Банковские реквизиты: 40702810100440000748
Тел.: 55-22-44, 92-92-01, WEB-сайт: www.incor-med.ru
Свидетельство о внесении сведений об Исполнителе в ЕГРЮЛ: Бланк
серии 15 № 001064488 от 2 августа 2014г.
Орган, осуществивший государственную регистрацию:
Межрайонная инспекция Федеральная налоговой службы по
г. Владикавказ

Потребитель:

Фамилия, имя, отчество: _____
Дата рождения: _____
Адрес места жительства: _____
Паспорт: _____
Номер телефона: _____
E-mail: _____

Работник _____ ФИО
подпись

М.П.

Подпись ✓ _____

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

Я, _____ (Ф.И.О., потребителя) _____, " _____ " _____ г.р.,
зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства) _____
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 2012г.№390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012г.№24082) (далее - Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медицинская клиника Инкор».

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. 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 2011г.№323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст.6724; 2012, №26, ст.3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011г.№323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья

Настоящее согласие дано мной ___Дата подписания___ и действует до конца срока действия Договора оказания платных медицинских услуг.

✓ _____
(подпись) _____ (Ф.И.О., потребителя)

✓ _____
(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г. (дата оформления)

**Отказ от видов медицинских вмешательств, включенных 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**

Я, _____ (Ф.И.О., потребителя) _____, " _____ " _____ г.р,
зарегистрированный по адресу: _____ (адрес места жительства) _____
при оказании первичной медико-санитарной помощи в ООО «Медицинская клиника Инкор» **отказываюсь**
от следующих видов медицинских вмешательств, включенных 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 2012г.№ 390 н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5
мая 2012г.№ 24082) (далее - виды медицинских вмешательств):

_____ (наименование вида медицинского вмешательства)

Медицинским работником _____
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов
медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне
разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов
медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить
информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

✓ _____
(подпись) _____ (Ф.И.О., потребителя)

✓ _____
(подпись) _____ (Ф.И.О. медицинского работника)

" _____ " _____ г. (дата оформления)

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, _____, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу: _____, паспорт серия _____ номер _____, выдан _____ код подразделения _____, название выдавшего органа _____ в

соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Медицинская клиника Инкор», г.Владикавказул.С.Мамсурова 20/Пр.Коста 79 (далее – Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (по договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией _____ название _____ [и территориальным фондом ОМС] с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет (для стационара, пять лет – для поликлиники).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной {curr_date} и действует бессрочно.

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 в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Контактный номер телефона: Потребителя

Адрес места жительства: Потребителя

Подпись Потребителя

_____ ✓