

Договор предоставления платных медицинских услуг № 00000

г. Москва

«01» сентября 2023 года

Закрытое акционерное общество «Научно-производственное акционерное общество «ЭХО», осуществляющее медицинскую деятельность на основании Лицензии № ЛО-59-01-005539 от 25 декабря 2020 г. (далее – Лицензия), выданной Министерством здравоохранения Пермского края, адрес: ул. Ленина, 51, г. Пермь, тел.8 (342) 217–79–00, в лице Смирнова Михаила Сергеевича, действующего на основании Доверенности № 08/2021 от 17.05.2021, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, и **ФИО ПАЦИЕНТА**, именуемый (ая) в дальнейшем **«Потребитель»** с другой стороны, далее совместно именуемые **«Стороны»**, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- 1.1. Определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:
- «платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего Договора (далее также – медицинские услуги);
 - «потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
 - «исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю (пациенту).

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 2.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с Лицензией согласно Прейскуранту на медицинские услуги (далее – Прейскурант), утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить предоставленные услуги в соответствии с настоящим Договором.
- 2.2. Исполнитель оказывает медицинские услуги по адресу своего места нахождения г. Москва, Смоленская пл., д. 3.
- 2.3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии с требованиями, предъявляемыми к ним законодательством Российской Федерации, в том числе и к качеству медицинских услуг.
- 2.4. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребителя.
- 2.5. Медицинские услуги по настоящему Договору предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Перечень, цена и срок предоставления медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в дополнительном соглашении, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

- 4.1 Потребитель обязуется оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу в порядке и сроки, установленные настоящим договором.
- 4.2. Потребитель обязуется выполнять все медицинские рекомендации и требования лечащего врача, офтальмохирурга, данные как в письменной, так и в устной форме.

4.3. Исполнитель обязуется оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.4. В случае если при предоставлении медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

5.2. При нарушении Потребителем назначений лечащего врача, самостоятельном изменении курса лечения и назначаемых препаратов Исполнитель не несет ответственности за результат оказанных медицинских услуг.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

6.1.1. ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023 г. № 736 (далее – Правила);

6.1.2. ознакомил его с действующим Прейскурантом на медицинские услуги;

6.1.3. уведомил его о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

6.2. В случае отказа Потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

6.3. После исполнения настоящего Договора Исполнителем в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, Потребителю (законному представителю Потребителя) по письменному заявлению выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов).

6.4. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя.

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

7. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

ЗАО «НПАО «ЭХО»

Юридический адрес: 121099, г. Москва, Смоленская пл., д. 3

Свидетельство о регистрации юридического лица № 130/7 от 17.04.1992. ИФНС № 4 г. Москва
Тел.: + 7 (495) 937-81-24

ИНН/КПП 5906011804/770401001

ОГРН 1025901226053

Р/с 40702810400000122119 в БАНК ВТБ 24 (ПАО) г. Москва

К/с 30101810145250000411, БИК 044525411

Потребитель

ФИО _____

Адрес места жительства

Паспорт

Серия _____ № _____, выдан _____

дата выдачи _____

Зарегистрирован _____

Телефон _____

Исполнитель

(Смирнов М.С.)

Потребитель

(ФИО пациента)

МП

**Информированное добровольное согласие
на виды медицинских вмешательств**

Я, _____
года рождения, зарегистрирован __ по адресу: _____
паспорт _____ выдан _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан	
Я, _____	(фамилия, имя, отчество – полностью)
Паспорт _____	выдан _____, являясь
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) ребенка или лица, (нужное подчеркнуть)	
признанного недееспособным _____	(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____	(день, месяц, год)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, необходимых для получения мной платных медицинских услуг/получения платных медицинских услуг лицом, законным представителем которого являюсь (ненужное зачеркнуть), в соответствии с перечнем таких услуг, установленных заключенным со мной договором на предоставление платных медицинских услуг (далее – Перечень), в Закрытом акционерном обществе «Научно-производственное акционерное общество «ЭХО» (далее – медицинская помощь).

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 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

«01» Сентября 2023 г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
года рождения, зарегистрирован __ по адресу: _____
паспорт _____ выдан _____,

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)
Паспорт _____ выдан _____, являясь
законным представителем (матерью, отцом, усыновителем, опекуном, попечителем) ребенка или лица,
(нужное подчеркнуть)
признанного недееспособным _____
(фамилия, имя, отчество ребенка или недееспособного гражданина – полностью)
дата рождения ребенка или лица, признанного недееспособным _____
(день, месяц, год)

в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Закрытым акционерным обществом «Научно-производственное акционерное общество «ЭХО» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон, данные паспорта, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и предоставления медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе предоставления Оператором мне медицинских услуг 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.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) Оператором.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано мной **«01» Сентября 2023.**
(дата)

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 предоставленных мне до этого платных медицинских услуг.

Контактный телефон _____.

Почтовый адрес _____.

Потребитель (законный представитель) _____
(подпись)

ФИО ПАЦИЕНТА
(расшифровка подписи)

В присутствии переводчика
(для иностранных граждан)

«01» Сентября 2023 года

(подпись)

(расшифровка подписи)