

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

г. Миасс

«___» _____ 2022 год

ООО «ЭкоТайм»

именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Директора Маракова С.В., действующего на основании Устава, с одной стороны, и

(Ф.И.О. законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, заключили настоящий договор в пользу

(Ф.И.О. гражданина),

именуемого(ой) в дальнейшем Потребитель, о нижеследующем:

1. Сведения о сторонах Договора

1.1. Сведения об Исполнителе:

1.1.1. Фирменное наименование: полное: Общество с ограниченной ответственностью «ЭкоТайм»; сокращенное: ООО «ЭкоТайм».

1.1.2. Адрес места нахождения: Челябинская область, г. Миасс, ул. Луначарского, д. 4, этаж 2, офис 208.

1.1.3. Адрес(а) мест(а) оказания медицинских услуг: Россия, Челябинская область, г. Миасс, ул. Набережная, 29, в Центральном районе. Помещения №№ 19-34 на 1 этаже, № 2 на 2 этаже.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществляющего государственную регистрацию: ОГРН 1127415003671 от 05.12.2012г. ИФНС по г.Миассу Челябинской области.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа:

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-74-01-005844 от «07» декабря 2021 г., выданная Министерством здравоохранения Челябинской области (адрес лицензирующего органа: 454091, г. Челябинск, ул. Кирова, д. 165; +7(351) 240-22-22 (доб. 101).

Перечень работ (услуг), указаны в Выписке из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности ООО «ЭкоТайм».

1.2. Сведения о Заказчике:

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (если имеется): _____,

число, месяц, год рождения: _____;

адрес места жительства: _____;

паспортные данные: серия _____ № _____ код подразделения _____

выдан _____

контактный телефон: _____

2. Предмет договора

2.1 Исполнитель обязуется оказать Заказчику (далее именуется – Заказчик) медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Заказчик обязуется оплатить оказываемые медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора и выполнять требования Исполнителя, необходимые для качественного предоставления медицинских услуг, включая сообщение для этого необходимых сведений.

2.2. С согласия Заказчика, ему оказываются медицинские услуги, перечень и стоимость, которых оговариваются Прейскурантом Исполнителя, действующего на момент оплаты Заказчиком медицинских услуг.

2.3. При заключении Договора Заказчику предоставляется в доступной форме информация:

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;

- о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанной с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- другие сведения, относящиеся к предмету Договора.

3. Обязательства сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Предоставлять качественные медицинские услуги в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации.

Медицинская помощь оказывается в кабинете, оснащенном необходимым оборудованием, инструментарием и материалами.

3.1.2. Информировать Заказчика о возможных осложнениях после проведенного лечения и его альтернативных методах.

3.1.3. Информировать Заказчика о возможных обстоятельствах, которые могут привести к увеличению объема и стоимости оказания услуг.

3.2. Заказчик обязуется:

3.2.1. Сделать в амбулаторной карте письменную отметку об ознакомлении с предварительным диагнозом, планом лечения и его предварительной стоимостью, возможными осложнениями и о добровольном согласии на медицинское вмешательство.

3.2.2. Оплатить стоимость оказанных услуг согласно прейскуранту.

3.2.3. Проинформировать лечащего врача об имеющихся у него заболеваниях, непереносимости лекарственных средств и дать другие необходимые сведения.

3.2.4. Являться на запланированные визиты к врачу точно в указанное время, исполнять все предписания и рекомендации лечащего врача. При невозможности визита Заказчик обязан уведомить Исполнителя по телефону либо лично о переносе срока приема на другую дату не позднее, чем за сутки до назначенного времени.

3.2.5. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление и использование услуг.

3.2.6. В случае возникновения осложнений, недостатков или иных отклонений в процессе лечения немедленно обратиться к Исполнителю, не прибегая к помощи других лечебных учреждений.

4. Права сторон

4.1. Исполнитель имеет право:

4.1.1. Самостоятельно определять характер и объем лечения, манипуляций, необходимых для лечения Заказчика в рамках плана лечения.

4.1.2. Требовать у Заказчика сведения и документы, необходимые для эффективного лечения Заказчика в рамках плана лечения.

4.1.3. Направлять Заказчика в другую медицинскую организацию при отсутствии у Исполнителя требуемых для качественного лечения консультационных, диагностических и лечебных возможностей.

4.1.4. Отказать в приеме Заказчика в следующих случаях:

- если Заказчик находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- если есть угроза жизни и здоровью персонала или других пациентов;
- если требуемые услуги не входят в план лечения, зафиксированный в медицинской карте или не могут быть оказаны из-за отсутствия технических возможностей Исполнителя.

4.1.5. Расторгнуть договор при неоднократном нарушении Заказчиком настоящих условий договора с уплатой Заказчиком стоимости фактически оказанных услуг.

4.2. Заказчик имеет право:

4.2.1. Получить информацию об объеме, стоимости и результатах предоставляемых услуг.

4.2.2. Расторгнуть настоящий договор, уплатив Исполнителю часть стоимости, пропорционально стоимости предоставленных услуг.

5. Стоимость услуг и расчеты по договору

5.1. Стоимость услуг определяется в соответствии с объемом работ и прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным Исполнителем.

5.2. Заказчик осуществляет предоплату в размере 100% стоимости услуг. В случае, если фактическая стоимость оказанных услуг, объем которых был согласован с Заказчиком, окажется выше внесенной предоплаты, Заказчик обязан произвести окончательный расчет не позднее дня фактического оказания услуг.

5.3. Оплата предоставленных услуг осуществляется в денежной форме в кассу Исполнителя.

6. Ответственность сторон

6.1. Исполнитель несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий договора, а так же в случае причинения вреда здоровью и жизни Заказчика при наличии своей вины и в соответствии с действующим законодательством.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неоказание Заказчику медицинских услуг в назначенное время, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (пожар, наводнение, отключение электроэнергии, отсутствие воды, поломка оборудования, болезнь врача и др.). В таких случаях Исполнитель предлагает Заказчику перенести дату приема.

7. Урегулирование споров

7.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путём переговоров, а в случае несогласия одной из сторон с результатами переговоров спор рассматривается комиссиями, имеющими статус экспертных в установленном порядке.

8. Дополнительные условия

8.1. Все приложения и дополнения, согласованные и подписанные обеими сторонами являются неотъемлемой частью данного договора.

8.2. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной подписи и факсимильной подписи.

8.3. Срок действия Договора составляет 1 год и пролонгируется автоматически на следующий календарный год, если не менее чем за 30 дней до окончания срока действия одна из сторон не заявит о своем желании расторгнуть договор. Также Договор может быть расторгнут в любой момент по желанию Заказчика на основании письменного заявления в свободной форме.

9. Юридические адреса и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ООО «ЭкоТайм»

Юридический адрес: 456318, Челябинская обл.,

г. Миасс, ул. Луначарского, д.4, 2 этаж, оф. 208

ОГРН 1127415003671

ИНН 7415078550, КПП 741501001

расчетный счет 40702810938090006332

ФИЛИАЛ "ЕКАТЕРИНБУРГСКИЙ"

АО "АЛЬФА-БАНК" г. Екатеринбург

К\счет 30101810100000000964

БИК 046577964

Директор

_____ Мараков С.В.

М.П.

ЗАКАЗЧИК:

(Ф.И.О.) подпись

(Адрес)

(Паспортные данные)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

(Ф.И.О. полностью)

адрес места жительства _____, паспорт серия _____ номер выдан _____ (кем, когда), (далее именуется – Заказчик).

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» **даю согласие** Обществу с ограниченной ответственностью «ЭкоТайм»:

Местонахождение: 456318, Челябинская обл., г. Миасс, ул. Луначарского, д.4, 2 этаж, оф. 208

Адрес осуществления деятельности: Россия, Челябинская область, г. Миасс, ул. Набережная, 29, в Центральном районе. Помещения №№ 19-34 на 1 этаже, № 2 на 2 этаже
(далее именуется – Исполнитель),

на обработку персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, место регистрации, дата регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета, контактный телефон, реквизиты полиса добровольного медицинского страхования застрахованного лица, данных о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, включая сведения об организации, оказавшей медицинские услуги, вид оказанной медицинской помощи, формы, условия и сроки оказания медицинской помощи, в целях оказания медицинской помощи, в том числе в целях установления диагноза, оказания медицинских услуг и медико-социальных услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью, и (или) обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем Заказчику медицинской помощи Заказчик предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения Заказчика.

Заказчик предоставляет право Исполнителю осуществлять все действия со своими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, а также предоставление медицинской отчетности в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, в том числе, в целях обеспечения учета и хранения медицинской документации.

Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Заказчика посредством внесения их в базы данных автоматизированных информационных систем, включая в списки и отчетные формы, предусмотренные договорами и документами, регламентирующими взаимодействие Исполнителя с органами государственной власти, организациями с целью предоставления отчетных данных (документов) и иной информации.

Исполнитель имеет право во исполнение своих обязательств в системе добровольного медицинского страхования на обмен (прием и передачу) персональными данными Заказчика со страховыми медицинскими организациями с использованием машинных носителей и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять служебную тайну.

Исполнитель вправе передавать персональные данные Заказчика, включая сведения, составляющие врачебную тайну, при обмене информацией между медицинскими организациями, в том числе размещенной в медицинских информационных системах, в целях оказания медицинской помощи с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

Передача персональных данных, составляющих врачебную тайну, без моего согласия возможна только в случаях, установленных ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Передача персональных данных Заказчика иным лицам или иное их разглашение осуществляется только с письменного согласия Заказчика.

на сбор, хранение, обработку и использование данных о состоянии моего здоровья, заболеваниях, в случаях обращения за медицинской помощью с целью:

- информирования о медицинских услугах, оповещения о проводимых акциях, скидках, мероприятиях, их результатах, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения о предоставленных услугах, рассылки новостей и т.п.;

- установления диагноза, консолидации медицинской информации и данных обследований.

на обработку моих персональных данных, как Пользователя сети Интернет, не являющихся специальными или биометрическими: адрес электронной почты; пользовательских данных; файлы cookie, тип и версия ОС, тип и версия браузера, тип устройства и разрешение его экрана, источник откуда пришел на Сайт Пользователь, с какого сайта или по какой рекламе, язык ОС и браузера, какие действия совершает Пользователь на Сайте.

на получение рассылки материалов рекламного и/или информационного характера посредством SMS сервисов, Viber, WhatsApp, Skype и других мессенджеров, электронной почты и т.д., а так же размещения информации на документации в связи с исполнением настоящего договора (далее - согласие) с целью оперативного получения новостей о вводе новых услуг, о специальных предложениях и рекламных акциях, системах скидок, бонусов, а так же семинарах и иных рекламных мероприятиях, для осуществления заочных опросов с целью изучения мнения об оказанных услугах, уровне сервиса, удовлетворенности.

Настоящее согласие дано Заказчиком в момент подписания Договора и действует бессрочно.

Заказчик имеет право отозвать согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен Заказчиком в адрес Исполнителя по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения письменного заявления Заказчика об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной Заказчику до этого медицинской помощи.

дата

(подпись)

И.О. Фамилия

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20.12.2012 № 1177н

(в ред. Приказа Минздрава России
от 10.08.2015 № 549н)

**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. гражданина)

“ _____ ” _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

_____ (адрес места жительства гражданина либо 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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

Общество с ограниченной ответственностью «ЭкоТайм».

_____ (полное наименование медицинской организации)

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” (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 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”

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)

_____ Г.
(дата оформления)