

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

_____ 20 ____ г.

Исполнитель: ООО «Сканди», ОГРН 1187746382658, ИНН 9721064159, адрес места нахождения: 111674, Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8, именуемый далее «Исполнитель», в лице Генерального директора Домашниковой Лилии Сергеевны, действующей на основании Устава. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии: регистрационный № Л041-01137-77/00344010, дата предоставления 30.01.2019, лицензирующий орган Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; работы (услуги) из единого реестра лицензий, в рамках которых оказываются услуги по настоящему Договору: по медицинскому массажу, косметологии, сестринскому делу в косметологии, ультразвуковой диагностики, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), физиотерапии, эндокринологии, место осуществления медицинской деятельности: Москва, ул. Недорубова д.10, пом8, с одной стороны, и

Пациент (Потребитель): _____, дата рождения _____, адрес места жительства _____, телефон _____, документ, удостоверяющий личность: _____.

Законный представитель Пациента/иное лицо, заключающее Договор от имени Пациента (при наличии): _____, адрес: _____, телефон _____, документ, удостоверяющий личность _____, документ, подтверждающий полномочия на заключение Договора _____ с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор об оказании платных медицинских услуг (далее - «Договор») о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется предоставить Пациенту платные медицинские услуги, а Пациент и (или) Заказчик обязуются оплатить их на условиях настоящего Договора.

1.2. Перечень конкретных медицинских услуг, их стоимость, срок предоставления, сроки и порядок оплаты определяются в подписанных Сторонами Индивидуальных условиях/смете (План лечения) и являются его неотъемлемой частью. Смета (План лечения) формируется на основании информации о состоянии здоровья Пациента, имеющейся на момент его составления. В ходе диагностики и лечения могут быть выявлены медицинские показания для изменения перечня или последовательности услуг. Такие изменения осуществляются после информирования Пациента, оформления необходимых согласий и согласования стоимости и сроков в порядке, предусмотренном п. 4.2 Договора.

1.3. Медицинские вмешательства осуществляются при наличии оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке информированного добровольного согласия Пациента либо его законного представителя. При отсутствии надлежащим образом оформленного информированного добровольного согласия соответствующее медицинское вмешательство не проводится. Отказ Пациента от вмешательства либо от необходимого обследования оформляется в установленном порядке и сам по себе не является нарушением обязательств Исполнителя.

1.4. Медицинская помощь оказывается в соответствии с законодательством Российской Федерации, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

1.5. По просьбе Потребителя платные медицинские услуги могут предоставляться в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем соответствующего стандарта медицинской помощи. Такая просьба оформляется письменным согласием:

- а) Заказчика - если он приобретает услуги для себя;
- б) Пациента и Заказчика - если Заказчик приобретает услуги в пользу Пациента.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

- предоставлять услуги надлежащего качества в согласованных объеме и сроки;
- до заключения Договора предоставить Пациенту и (или) Заказчику доступную информацию о возможности получения соответствующей медицинской помощи без взимания платы;

- предоставлять Пациенту информацию о состоянии здоровья, результатах обследования, диагнозе, методах и рисках лечения, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах, применяемых лекарственных препаратах и медицинских изделиях;

- соблюдать врачебную тайну и требования законодательства о защите персональных данных.

2.2. В ходе лечения и после исполнения Договора Исполнитель по запросу Пациента или его законного представителя без дополнительной платы предоставляет медицинские документы, их копии или выписки, отражающие состояние здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, примененных лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Запрос может быть подан лично, по почте либо в электронной форме с соблюдением установленных требований к идентификации заявителя. Документы предоставляются в порядке и сроки, установленные законодательством Российской Федерации. Документы, подтверждающие расходы, предоставляются Пациенту и (или) Заказчику по заявлению при наличии согласия Пациента или его законного представителя.

2.3. Пациент обязан:

- сообщать медицинским работникам полную и достоверную информацию о состоянии здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях, принимаемых препаратах и иных обстоятельствах, имеющих значение для лечения;
- соблюдать режим лечения, назначения и рекомендации медицинских работников и правила поведения пациента;
- своевременно сообщать об изменениях состояния здоровья;
- являться на контрольные осмотры;
- соблюдать рекомендации по уходу;
- своевременно уведомлять о невозможности явки;
- сообщать об обращении к другим врачам и вмешательствах, относящихся к проводимому лечению;
- оплачивать услуги на согласованных Сторонами условиях за исключением случаев, когда такая обязанность возложена на Заказчика.

2.4. Пациент вправе получать информацию об услугах, их стоимости и сроках, медицинских работников, состоянии своего здоровья, а также медицинские документы в порядке, установленном законодательством. Заказчик вправе получать информацию о перечне, стоимости, сроках оказания и оплате услуг. Сведения о состоянии здоровья Пациента и медицинские документы предоставляются Заказчику только при наличии письменного согласия Пациента или иного предусмотренного законом основания.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг определяется в Индивидуальных условиях/смете (Плане лечения) на основании действующего на момент согласования прейскуранта Исполнителя. Согласованная стоимость конкретной услуги не может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке.

3.2. Оплата осуществляется в сроки и порядке, указанные в приложении к Договору, наличными денежными средствами или в безналичной форме способами, допускаемыми законодательством Российской Федерации. После расчета Исполнителем выдается предусмотренный законодательством документ, подтверждающий оплату.

3.3. По соглашению Сторон оплата отдельных медицинских услуг или этапов лечения может производиться полностью или частично до начала их предоставления (предварительная оплата). Размер, срок внесения и услуга (этап лечения), в счет которой вносится предварительная оплата, определяются в смете (Плане лечения), дополнительном соглашении или иных Индивидуальных условиях, являющихся неотъемлемой частью Договора. Предварительная оплата засчитывается в счет стоимости соответствующих услуг (этапа лечения).

При прекращении Договора по инициативе Пациента и (или) Заказчика неиспользованная часть предварительной оплаты подлежит возврату за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением Договора.

3.4. На оказание услуг может быть составлена твердая или приблизительная смета.

По требованию Пациента, Заказчика либо Исполнителя ее составление обязательно. Подписанная Сторонами смета является частью Договора.

3.5. Если в ходе лечения возникает необходимость в дополнительных платных услугах, не предусмотренных Договором и его приложениями, Исполнитель предварительно информирует об этом Пациента и (или) Заказчика. Такие услуги предоставляются за плату после согласования их перечня и стоимости в порядке, предусмотренном п. 4.2 Договора. Положение, содержащееся в настоящем пункте, не применяется к оказанию медицинской помощи в экстренной форме в случаях, предусмотренных законодательством.

3.6. При просрочке предусмотренной Планом лечения оплаты Исполнитель вправе приостановить оказание плановых услуг до ее внесения, предварительно уведомив Пациента и (или) Заказчика. Положение не применяется к медицинской помощи, которая должна быть оказана независимо от оплаты в силу закона.

4. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

4.1. Срок предоставления каждой услуги либо соответствующего этапа лечения определяется в подписанном Сторонами приложении конкретной датой, периодом или сроком завершения соответствующего этапа.

4.2. При необходимости изменения объема, последовательности, стоимости или сроков лечения соответствующие изменения согласовываются Сторонами и оформляются путем подписания измененного сметы (Плана лечения), дополнительного соглашения либо иного приложения к Договору.

4.3. Если оказание услуги в согласованный срок стало невозможным вследствие действий или бездействия Пациента и (или) Заказчика, включая неявку Пациента, отказ от необходимой диагностики или вмешательства, несоблюдение рекомендаций либо неоплату согласованного аванса, Исполнитель документирует соответствующее обстоятельство и предлагает новые сроки. Период, в течение которого оказание услуги было невозможно по указанным причинам, не считается просрочкой Исполнителя. Новые сроки согласовываются Сторонами в порядке, предусмотренном п. 4.2 Договора.

4.4. Настоящий Договор действует с момента подписания до полного исполнения Сторонами обязательств по нему.

4.5. Пациент и (или) Заказчик вправе отказаться от получения платных медицинских услуг. В этом случае Договор прекращается полностью либо в соответствующей части, а Исполнителю оплачиваются фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением Договора.

4.6. Договор может быть изменен или прекращен также по соглашению Сторон и по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5. ИНФОРМИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

5.1. Пациент, его законный представитель (при наличии) и (или) Заказчик уведомлены о том, что несоблюдение назначений и рекомендаций медицинских работников, включая установленный режим лечения, может снизить качество медицинской услуги, привести к невозможности завершения лечения в согласованный срок либо отрицательно повлиять на состояние здоровья Пациента.

5.2. Результат лечения зависит в том числе от характера заболевания, индивидуальных особенностей организма и соблюдения Пациентом врачебных рекомендаций. Само по себе отличие достигнутого лечебного или эстетического результата от субъективно ожидаемого Пациентом не свидетельствует о ненадлежащем качестве услуги. Настоящее условие не ограничивает права Пациента, установленные законодательством.

5.3. За нарушение обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Исполнитель не отвечает за последствия в той мере, в какой они вызваны предоставлением Пациентом недостоверной или неполной информации, отказом от необходимой диагностики или вмешательства либо документально подтвержденным нарушением назначений, если Исполнитель надлежащим образом проинформировал Пациента о возможных последствиях.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Персональные данные обрабатываются Исполнителем на основаниях и в объеме, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Если для соответствующей обработки требуется согласие субъекта персональных данных, оно оформляется отдельным документом. Согласие на получение рекламы также оформляется отдельно и не является условием предоставления медицинской помощи.

6.2. Обращения (благодарности, жалобы и претензии) принимаются Исполнителем:

- лично по адресу: 111674, Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8;
- почтовым отправлением (в т ч заказным) по адресу: 111674, Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8;
- по электронной почте: medscandi@yandex.ru.

Информация о способах направления обращений (жалоб) в компетентные государственные органы (Росздравнадзор и Роспотребнадзор) размещается на сайте и информационном стенде Исполнителя.

6.3. Пациент и (или) Заказчик подтверждают, что до заключения Договора получил(-и) в доступной форме информацию:

- 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 порядке оказания медицинской помощи и применимых стандартах; о возможности получения отдельных консультаций и вмешательств, в том числе сверх объема применимых стандартов;

- о медицинском работнике, отвечающем за оказание услуги, уровне его образования и квалификации;

- о перечне, стоимости и сроках оказания услуг;

- о правилах поведения пациента.

6.4. Количество экземпляров настоящего Договора соответствует количеству Сторон. Все экземпляры имеют равную юридическую силу.

6.5. Подписанные Сторонами Индивидуальные условия, сметы и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

Пациент и (или) Заказчик уведомлен(-ы) о том, что несоблюдение назначений (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Потребитель также проинформирован о том, что результат медицинского вмешательства, в том числе эстетический, зависит от характера заболевания, индивидуальных особенностей организма и иных медицинских факторов и может отличаться от субъективно ожидаемого Потребителем результата. В случаях, когда результат медицинского вмешательства может быть объективно оценен только после завершения восстановительного периода, его оценка производится по истечении такого периода с учетом характера проведенного вмешательства. Пациент и (или) Заказчик уведомлены о том, что в соответствии с ч. 3 ст. 27 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинской организации

V _____ (_____
(подпись, расшифровка, дата)

Настоящим подтверждаю, что до заключения настоящего Договора Исполнителем в доступной форме предоставлена 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. Отказ Потребителя от заключения настоящего Договора и (или) от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема медицинской помощи, оказываемой ему без взимания платы в рамках программы государственных гарантий и территориальной программы.

V _____ (_____
(подпись, расшифровка, дата)

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Наименование: ООО «Сканди»

ОГРН1187746382658

ИНН 9721064159

Адрес: Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8

Номер телефона: +7(495)120-32-03

+7-985-540-83-87

Эл.почта: medscandi@yandex.ru

Генеральный директор

ООО «Сканди»

_____ / Домашникова Л.С./

ПАЦИЕНТ (ПОТРЕБИТЕЛЬ):

Ф.И.О.: _____

Паспорт: _____

Адрес: _____

Номер телефона: _____

Эл. почта: _____

V _____ / _____

ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА:

Законный/иной представитель

Ф.И.О.: _____

Паспорт: _____

Адрес, телефон _____

СМЕТА (ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ)

приблизённая (объём и стоимость могут измениться по результатам обследования при выявлении заболеваний, требующих дополнительной диагностики или коррекции лечения)

Исполнитель: ООО «Сканди» адрес: 111674, Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8;

Потребитель: _____

Заказчик: _____

	Этап / Наименование услуги	Кол -во	Цена ед. усл, руб. без НДС	Сумма руб. без НДС	Срок дата оказания услуги	Подпись Исполнителя	Подпись Потребителя /Заказчика
1							v
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							

Согласие субъекта персональных данных на обработку персональных данных

Я, _____ (фамилия, имя, отчество,
основной документ, удостоверяющий личность)
_____ (номер, сведения о дате
выдачи и выдавшем его органе) зарегистрирован(а) по адресу:

в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» своей волей и в своем интересе даю согласие ООО «Сканди» на обработку в документарной и электронной форме, с возможностью осуществления сбора, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления, изменения), извлечения, использования, передачи (распространения, предоставления доступа), обезличивания, блокирования, удаления, уничтожения персональных данных, автоматизированным и неавтоматизированным способом моих персональных данных в целях контроля качества медицинских услуг и соблюдения правил оказания платных медицинских услуг, а именно: фамилия, имя, отчество; число, месяц, год рождения; место рождения; вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; адрес места жительства (адрес регистрации, фактического проживания); номер контактного телефона или сведения о других способах связи; семейное положение; сведения о состоянии здоровья; биометрические персональные данные (рост, вес, группа крови). Я также даю согласие на проведение контрольных фотоснимков, до и после процедуры для сравнительной оценки результатов. Я также даю согласие на видеозапись (аудиозапись) медицинского приема в целях контроля качества медицинской помощи. Я уведомлен (уведомлена), что в соответствии со ст. 152.1 ГК РФ «Охрана изображения гражданина» обнародование и дальнейшее использование моего изображения (в том числе фотографии, или видеозаписи) допускаются только с моего письменного согласия. Я уведомлен (а), что, если изображение или видеозапись, получены или используются без моего согласия, я имею право требовать удаления этого изображения, а также пресечения или запрещения дальнейшего его распространения.

Персональные данные обрабатываются в целях исполнения договорных обязательств в течение срока, необходимого для достижения целей обработки персональных данных, но не более чем 25 лет.

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, я предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки моих персональных данных.

Я также даю согласие на получение:

- напоминания о предстоящей процедуре;
- информации о новых продуктах и услугах;
- информации об акциях и скидках на товары и услуги.

в следующей форме:

- смс-сообщение на номер _____;
- телефонный звонок на номер _____;
- письмо на электронную почту по адресу _____.

« ____ » _____ 20__ г. Подпись _____

УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 12 ноября 2021 г. № 1051н

Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств

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 «Сканди»** ИНН 9721064159, ОГРН 1187746382658, 111674, Москва, ул. Недорубова д. 10, пом 8

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” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)

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

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

“ _____ ” _____ 20 _____ г.