

ДОГОВОР № _____
об оказании платных медицинских услуг

г. Москва

_____ 20__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО», юридическое лицо, надлежащим образом созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», «Клиника», в лице администратора _____, действующего на основании доверенности № КСМТ 17-10/23 от 17.10.2023, удостоверенной генеральным директором Крюковой Ларисы Борисовны, действующей на основании Устава, с одной стороны и _____*, именуемый в дальнейшем «Заказчик» или «Пациент» (потребитель медицинской услуги), именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

*в случае отсутствия паспорта (иного документа, удостоверяющего личность) Исполнителем делается пометка «Данные внесли со слов Пациента» _____

Сведения о Заказчике (при наличии):

Ф.И.О. _____ e-mail: _____
Адрес места жительства: _____
Телефон раб: _____ дом: _____ моб: _____
Документ, удостоверяющий личность: Серия _____ Номер _____

Сведения о Законном представителе (при наличии):

Ф.И.О. _____ e-mail: _____
Адрес места жительства: _____
Телефон раб: _____ дом: _____ моб: _____
Документ, удостоверяющий личность: Серия _____ Номер _____

Принимая во внимание:

- желание и согласие Пациента получить медицинские услуги, оказываемые Клиникой на возмездной основе;
- возможность Клиники оказать медицинские услуги, предусмотренные выданными Клинике лицензиями;
- что до заключения договора Клиника уведомила Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Клиники (медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента;
- что Клиника не предоставляет медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

(подпись Пациента)

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ТОЛКОВАНИЕ ОСНОВНЫХ ПОНЯТИЙ И СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ДОГОВОРЕ

1.1. Стороны договорились о следующем понимании и толковании ими нижеперечисленных основных понятий и сокращений, используемых в Договоре:

Пациент Потребитель	физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее медицинские услуги лично в соответствии с договором, данные о котором содержатся в разделе 8 Договора
Клиника Исполнитель	Общество с ограниченной ответственностью «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО», медицинская организация, предоставляющая медицинские услуги Пациенту
Платные медицинские услуги	медицинские услуги, предоставляемые Клиникой в соответствии с лицензиями и на возмездной основе за счет личных средств Пациента, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования
Прейскурант	перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, утвержденные Клиникой согласно номенклатуре медицинских услуг (Приказ Минздрава России от 13.10.2017 г. № 804н, Письма Минздрава России от 04.07.2018 г. № 17-2/10/2-4323)
Лицензии	сведения о номерах лицензий на осуществление медицинской деятельности, датах их регистраций с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Клиники в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа содержатся в Договоре
Согласие	информированное и добровольное согласие Пациента или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в письменной и/или устной форме полной информации
Информация	информация о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, содержащаяся на информационных стендах Клиники

Заказчик	физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу Пациента
----------	--

1.2. Приложения и Дополнительные Соглашения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью. В случае каких-либо несоответствий или несовпадений содержания Приложений и Дополнительных Соглашений с какими-либо условиями, изложенными в основном тексте Договора, если иное прямо не оговорено сторонами, условия Договора имеют приоритетное значение и преимущественную силу.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. Клиника оказывает, а Пациент принимает и оплачивает в соответствии с порядком, установленным в разделе 4 настоящего Договора, медицинские услуги, перечень которых определяется Прейскурантом, а также Дополнительными соглашениями к Договору, которые являются его неотъемлемыми частями.

2.2. Услуги оказываются Клиникой в течение всего срока действия настоящего Договора в часы работы Клиники, в соответствии с утвержденным расписанием и записью на прием к специалистам Клиники, либо в иной период времени, дополнительно согласованный сторонами.

2.3. Услуги оказываются на возмездной (платной) основе в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуги.

2.4. Утвержденный Прейскурант доступен для ознакомления в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», а также на информационных стендах (стойках) Клиники.

2.5. Сведения о сроках ожидания предоставления платных медицинских услуг (срок ожидания планового приема, срок ожидания проведения диагностических инструментальных и лабораторных исследований) устанавливается на стендах-ячейках в виде памяток. Срок ожидания прерывается в случае уважительной неявки Пациента и приостанавливается в случае неявки Пациента по неуважительной причине (в этом случае срок начинается заново после перерыва). Срок предоставления платных медицинских услуг устанавливается Договором в зависимости от индивидуального объема оказываемых услуг.

2.6. Клиника оказывает услуги в соответствии с Лицензиями на осуществление медицинской деятельности:

-регистрационный номер Л041-01137-77/00340632

-сроки действия БЕССРОЧНО

-информация об органе, выдавшем лицензию Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения Российской Федерации.

-перечень предоставляемых услуг представлен на инфостенде, в зоне размещения информации, на сайте.

2.7. Клиника оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: Товарищеский переулок, дом 10, строение 2, Москва, 109004.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Клиника обязуется:

3.1.1. При предоставлении платных медицинских услуг организовать и оказывать их:

а) в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

б) в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

в) на основе клинических рекомендаций;

г) с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

д) в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, 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 Пациента и (или) заказчика.

3.1.2. Обеспечить качественное оказание медицинских услуг, в соответствии с условиями Договора.

3.1.3. Провести все необходимые обследования и наблюдения за Пациентом в рамках Договора и согласно Лицензии, необходимость которых определяется показаниями специалистов Клиники.

3.1.4. Сообщать Пациенту (либо лицу, указанному Пациентом) по его требованию сведения о состоянии его здоровья, о результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, их преимуществах и недостатках, связанных с ними рисках, прогнозе медицинского вмешательства.

3.1.5. Вести медицинские документы в установленном законом порядке, по требованию Пациента предоставлять выписки и копии из медицинских документов, отражающих состояние его здоровья в порядке, установленном законодательством РФ, и в соответствии с установленными в Клинике правилами.

3.1.6. Предоставить по требованию Пациента, в устной или письменной форме, информацию 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.

3.1.7. Гарантировать неразглашение факта обращения за медицинской помощью, состояния здоровья, диагноз заболевания и иные сведения, составляющие врачебную тайну, полученные Клиникой при оказании медицинских услуг по Договору, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ, включая обнаружение у Пациента заболевания, подлежащего строгому учету, а также при поступлении запросов от уполномоченных государственных органов (учреждений).

3.1.8. Обеспечивать конфиденциальность персональных данных Пациента.

3.2. Клиника в праве:

- 3.2.1. Самостоятельно выбирать способ оказания медицинской услуги, объем медицинской услуги, этапы её оказания в соответствии с п. 3.1.1.
- 3.2.2. По согласованию с Пациентом перенести время оказания услуг Пациенту.
- 3.2.3. Оказать медицинскую услугу только при отсутствии у Пациента противопоказаний к её проведению.
- 3.2.4. Получать от Пациента всю необходимую и достоверную, в том числе и медицинского характера, информацию необходимую для выбора правильного оказания медицинской услуги. В случае не предоставления, предоставления неполной или предоставления Пациентом недостоверной информации, имеющей значение для оказания медицинской услуги, Клиника имеет право отказать Пациенту в оказании медицинской услуги, либо приостановить её оказание до предоставления Пациентом полной и достоверной информации, необходимой для оказания Пациенту медицинской услуги.
- 3.2.5. Отказать Пациенту в оказании медицинских услуг, если Пациент в момент их оказания находится в алкогольном, наркотическом опьянении, а также в случае нарушения Пациентом или сопровождающими его лицами правил, установленных в Клинике.
- 3.2.6. В случае непредвиденного отсутствия назначенного Клиникой специалиста, по согласованию с Пациентом, назначить ему другого специалиста для осуществления медицинских услуг при его наличии.
- 3.2.7. При наличии показаний специалистов Клиники при возникновении в ходе лечения осложнений предложить и, при наличии соответствующей возможности, организовать госпитализацию или перевод Пациента в плановом или экстренном порядке в специализированное медицинское учреждение.
- 3.2.8. Вести открытое видеонаблюдение посредством использования видеокамер для получения видеoinформации об объектах и помещениях, а также запись полученного изображения и его хранение для последующего использования с целью безопасности рабочего процесса, поддержание трудовой дисциплины и порядка, предупреждение возникновения чрезвычайных ситуаций, контроля качества оказываемых услуг, пресечения возможных противоправных действий, защиты от возможных посягательств на жизнь, здоровье и имущество.

3.3. Пациент обязуется:

- 3.3.1. Предоставить Клинике всю необходимую и достоверную медицинскую и иную необходимую Клинике информацию, в том числе о наличии у него хронических заболеваний, о возможных аллергических реакциях его организма на лекарственные препараты, о принимаемых до начала лечения препаратах и перенесенных заболеваниях, о наличии беременности и постановке на учет по беременности, предоставив медицинскую документацию, подтверждающую указанную информацию.
- 3.3.2. Ознакомиться с Информацией и подписать все необходимые медицинские документы, в том числе об информированном добровольном согласии на проведение медицинских вмешательств, либо отказе от них.
- 3.3.3. Строго выполнять все предписания и рекомендации, назначенные специалистами Клиники.
- 3.3.4. Соблюдать правила поведения Пациентов в медицинском учреждении, режим работы Клиники и иные, установленные Клиникой правила.
- 3.3.5. Незамедлительно сообщать Клинике и её специалистам о любых отклонениях в состоянии своего здоровья, возникших до или после оказания медицинских услуг.
- 3.3.6. Оплатить медицинские услуги в соответствии с разделом 4 Договора.
- 3.3.7. Сообщать Клинике через регистратуру в письменной форме обо всех изменениях паспортных данных, номеров контактных телефонов, мест регистрации и фактического проживания, адресов электронной почты.

3.4. Пациент имеет право:

- 3.4.1. Получать полную и достоверную информацию о состоянии своего здоровья, относящуюся к компетенции специалистов Клиники в рамках оказания ими медицинских услуг, а также выбирать лиц, которым в интересах Пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. Порядок получения информации регулируется разделом 6 Договора.
- 3.4.2. Получать в доступной для него форме исчерпывающую информацию о порядке оказания медпомощи на основе клинических рекомендаций, стандартах медпомощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, о методах оказания медпомощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
- 3.4.3. Перенести ранее назначенный ему срок оказания медицинской услуги на другое время, уведомив об этом Клинику не позднее, чем за 24 (двадцать четыре) часа до ранее назначенного Клиникой времени.
- 3.4.4. Отказаться от получения медицинских услуг, оформив свой отказ в порядке, закрепленном в Правилах оказания платных медицинских услуг и ФЗ «Об охране здоровья граждан РФ».

4. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. Оплата медицинских услуг Пациентом (Законным представителем, Заказчиком) осуществляется в соответствии с ценами, указанными в Прейскуранте, действующем на момент оказания услуги.
- 4.2. Пациент (Законный представитель, Заказчик) оплачивает стоимость медицинских услуг наличными денежными средствами либо банковской картой в кассу Клиники, либо в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Клиники, указанный в настоящем Договоре.
- 4.3. Оплата медицинских услуг осуществляется на условиях предоплаты или после оказания услуги в кассе Клиники на основании квитанции (счета), выставленной Клиникой Пациенту (Законному представителю, Заказчику). Оплата может производиться поэтапно в случаях, установленных дополнительным соглашением сторон, и подлежит оплате в кассе Клиники. Клиника формирует квитанцию на оплату в электронном виде, которая высылается Пациенту (Законному представителю, Заказчику) на электронный адрес по его требованию.

4.4. Стоимость медицинских услуг может определяться в соответствии с планом оказания медицинских услуг, который отражается в дополнительном соглашении к настоящему Договору, являющемуся его неотъемлемой частью.

4.5. В случае невозможности получения услуги Пациентом, если её оказание не было начато, ранее оплаченная её стоимость возвращается Пациенту (Законному представителю, Заказчику) за вычетом фактически понесенных Клиникой расходов.

4.6. Тарификация времени приема Пациента у врача, превышающего время, указанное в Расписании Клиники и отведенного Пациенту, оплачивается Пациентом дополнительно как отдельный прием.

4.7. Согласно ст. 782 ГК РФ при отказе Пациента от услуги в ходе её оказания Пациент обязан возместить Клинике фактически понесенные Клиникой затраты.

4.8. Возврат денежных средств Пациенту (Законному представителю, Заказчику) производится по письменному заявлению с указанием реквизитов Договора, причин обращения за возвратом уплаченного, при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Возврат денежных средств, оплаченных за медицинские услуги Пациента Законным представителем, Заказчиком, возвращается на его расчетный счет при предъявлении документа, удостоверяющего личность по письменному заявлению.

4.9. Оказанная Пациенту услуга может быть оплачена в том числе юридическим лицом или за счет иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования, на основании перечней и стоимости медицинских услуг, установленных такими договорами.

4.10. Пациент (Законный представитель, Заказчик) обязуется производить частичную оплату оказанной медицинской услуги (оплата франшизы) с оплатой оставшейся части за счет страховой компании (третьего лица) в том случае, когда такой совместный платеж предусмотрен в соответствующем договоре на предоставление лечебно-диагностической помощи (медицинских услуг) клиентам страховой компании и программе страхования к указанному договору. Пациент (Законный представитель, Заказчик) подтверждает, что ознакомлен с порядком оплаты медицинских услуг с применением франшизы и ее размером.

4.11. При оплате медицинских услуг Заказчиком, последний имеет доступ только к наименованию предоставляемых по настоящему Договору Пациенту медицинских услуг, согласно Приложениям к Договору, и оплачиваемым им квитанциям.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Клиника несет ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора, несоблюдение норм, предусмотренных при использовании медицинских установок и медицинского оборудования, санитарно-гигиенического режима.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления Клиникой некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Клиникой в соответствии с законодательством РФ.

5.3. Клиника освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги, если докажет, что неисполнение или ненадлежащее исполнение произошло вследствие непреодолимой силы.

5.4. До заключения Договора Исполнитель уведомляет Пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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 Пациента.

5.5. Клиника не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора в том случае, если Пациентом представлены результаты диагностики и исследований от третьего лица, когда такая диагностика и исследования могли быть проведены Клиникой.

5.6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору виновная сторона несет ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6. ПОРЯДОК ВЫДАЧИ СПРАВОК И МЕДИЦИНСКИХ ЗАКЛЮЧЕНИЙ

6.1. Справки и медицинские заключения оформляются (формируются) в предусмотренных законом формах или в отсутствие таковых по формам, установленным локальным актом Клиники (далее – Порядком).

6.2. Справки и медицинские заключения выдаются на бумажном носителе и (или) с согласия Пациента или его законного представителя в форме электронного документа с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи (УКЭП) медицинского работника.

6.3. Выбор формы выдачи справок и медицинских заключений остается за Клиникой.

6.4. Справки и медицинские заключения выдаются Пациентам на бумажном носителе при их личном обращении за получением указанных документов при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

6.5. В отношении лиц, не достигших возраста 15 лет (больных наркоманией – 16 лет), а также недееспособных лиц, справки и медицинские заключения выдаются их законным представителям при предъявлении документа, удостоверяющего личность законного представителя, а также документа, подтверждающего полномочия законного представителя.

6.6. Законные представители Пациента: его родители, усыновители, опекуны, попечители, органы опеки и попечительства (ст. 26, 32, 33, 35, 1244, 1265 ГК РФ, ст. 64, 123 СК РФ).

6.7. Справки и медицинские заключения в форме электронных документов выдаются Пациентам или их законным представителям при личном обращении или при формировании запроса в электронной форме, подписанного с использованием УКЭП.

6.8. Справки на бумажном носителе оформляются с проставлением штампа или на бланке (при наличии), подписываются врачом, заверяются личной печатью врача и печатью Клиники.

- 6.9. Медицинские заключения на бумажном носителе оформляются с проставлением штампа или на бланке и (при наличии) подписываются врачами-специалистами, участвующими в вынесении медицинского заключения, заместителем главного врача, заверяются личными печатями врачей-специалистов и печатью Клиники.
- 6.10. В случае вынесения медицинского заключения врачебной комиссией, медицинское заключение также подписывается членами и руководителем врачебной комиссии.
- 6.11. Справки выдаются на основании записей в медицинской документации Пациента, внесенных лечащим врачом, другими врачами-специалистами.
- 6.12. Выдача медицинских документов предусмотрена через регистратуру.
- 6.13. Медицинские заключения выдаются Пациентам по результатам проведенных медицинских освидетельствований, медицинских осмотров, диспансеризации, решений, принятых врачебной комиссией, а также в иных случаях, когда законодательством Российской Федерации предусматривается наличие медицинского заключения.
- 6.14. Медицинские заключения выдаются на основании медицинского обследования Пациента, в том числе комиссионного, и содержат комплексную оценку состояния здоровья Пациента, включая: а) описание проведенного обследования и (или) лечения, их результатов; б) оценку обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий, в том числе назначения лекарственных препаратов; в) обоснованные выводы: о наличии (отсутствии) у Пациента заболевания (состояния), факторов риска развития заболеваний; наличии медицинских показаний или медицинских противопоказаний для применения методов медицинского обследования и (или) лечения, санаторно-курортного лечения, осуществления отдельных видов деятельности, учебы; соответствии состояния здоровья работника поручаемой ему работе, соответствия обучающегося требованиям к обучению; диагнозе заболевания, г) иные сведения, касающиеся состояния здоровья Пациента и оказания ему медицинской помощи.
- 6.15. Сведения о выдаче Пациенту справки, медицинского заключения либо их дубликатов вносятся в медицинскую документацию Пациента.
- 6.16. Выдача копий справок и медицинских заключений осуществляется в соответствии с требованиями приказа Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 7.1. Все уведомления и сообщения, направляемые сторонами в связи с исполнением Договора, должны быть сделаны в письменной форме.
- 7.2. Стороны обязуются направлять друг другу оформленные в электронном виде письма, вопросы, запросы, пояснения и т.д. по адресам электронной почты, указанным в разделе 9 Договора. Сторона, получившая запрос, должна ответить и рассмотреть его, направив ответ также по электронной почте в течение 30 календарных дней, за исключением сроков удовлетворения отдельных требований Пациента согласно ст. 31 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».
- 7.3. Стороны договорились, что электронная переписка имеет юридическую силу с адреса электронной почты, указанного в разделе 9.
- 7.4. Об изменении своих адресов, включая электронные, Стороны обязаны извещать друг друга в трехдневный срок.
- 7.5. Подписание Договора Пациентом является подтверждением того, что Пациент до момента его заключения был ознакомлен с п. 24 «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), 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:

Подпись Пациента _____.

7.6. Пациент дает письменное согласие на предоставление сведений составляющих врачебную тайну, следующим лицам:

Ф.И.О. Полностью

Документ, удостоверяющий личность

Контактные сведения

Зарегистрирован по адресу

Подпись Пациента _____.

7.7. Пациент дает письменное согласие на обработку своих персональных данных, что подтверждается его личной подписью:

У

7.8. Пациент дает свое согласие на получение любой информации от Клиники по адресу электронной почты, указанному в Договоре. Информация, направляемая на указанный Пациентом адрес электронной почты, считается надлежащим образом направленной Клиникой непосредственно Пациенту.

7.9. При возникновении спорных вопросов Стороны принимают все необходимые меры для их урегулирования.

7.10. Все претензии по финансовым расчетам, качеству предоставления медицинских услуг и другим вопросам рассматриваются и разрешаются по согласованию Сторон. Исключительно при не достижении согласия споры подлежат рассмотрению в суде с обязательным досудебным урегулированием споров в претензионном порядке. Претензия подается Стороной в письменной форме и должна быть рассмотрена противоположной Стороной в 10-дневный срок (вопросы возврата денежных средств), в 20-дневный срок (по качеству предоставления медицинских услуг) и в 30-дневный срок (по всеми остальным вопросам) со дня ее получения.

7.11. Во всем остальном, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ, РАСТОРЖЕНИЯ, ПРЕКРАЩЕНИЯ

- 8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует в течение 11 (одиннадцати) месяцев или до момента выполнения плана лечения, указанного в амбулаторной карте Пациента.
- 8.2. Если не менее чем за 30 (тридцать) дней до окончания срока действия настоящего Договора ни одна из сторон не заявит о необходимости его расторжения, такой Договор считается автоматически пролонгированным на тот же срок. В ходе исполнения настоящего Договора указанные сроки могут быть изменены по соглашению Сторон, а при отсутствии согласия одной из сторон в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 8.3. В случае отказа Пациента после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. Клиника информирует Пациента о расторжении Договора по его инициативе, при этом Пациент оплачивает Клинике фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
- 8.4. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при отсутствии экстренных показаний для устранения угрозы жизни Пациента, в случае возникновения одного и более из нижеперечисленных обстоятельств:
невозможность обеспечить безопасность услуги;
возникновение медицинских противопоказаний для оказания услуги;
иная невозможность оказать медицинскую услугу.
- 8.5. Исполнитель предоставил Пациенту и (или) Заказчику до подписания Договора следующую информацию:
а) адрес юридического лица в пределах места нахождения юридического лица (территориально обособленного структурного подразделения юридического лица), основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика;
б) адрес своего сайта в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") (при его наличии);
в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.
Подпись Пациента (Заказчика, Законного представителя) _____.
- 8.6. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой стороны. В случае подписания Договора Законным представителем или Заказчиком Пациента, Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.
- 8.7. Все вопросы и споры, не урегулированные Договором, разрешаются в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

9. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: ООО «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО»
Адрес места нахождения:
109004, Москва, Товарищеский пер., д. 10, стр.2.
Адрес e-mail: clinic@c-experto.ru
Телефон: +7(495)2324840
ОГРН: 1187746426053
ИНН/КПП: 7720422070/772001001
р/с: 40702810900140690125
Банк: Филиал "Корпоративный" ПАО "Совкомбанк" Г. МОСКВА
БИК: 044525360
Корр.счет: 30101810445250000360
Администратор:

Подпись _____

Заказчик:
Ф.И.О.
Документ, удостоверяющий личность:
Адрес места жительства:
Иные адреса (при наличии):
Адрес e-mail:
Телефон: раб.
дом.
моб.

Подпись _____

Пациент:
Ф.И.О.
Документ, удостоверяющий личность:
Адрес места жительства:
Иные адреса (при наличии):
Адрес e-mail:
Телефон: раб.
дом.
моб.

Подпись _____

Законный представитель:
Ф.И.О.
Документ, удостоверяющий личность:
Адрес места жительства:
Иные адреса (при наличии):
Адрес e-mail:
Телефон: раб.
дом.
моб.

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,
_____ г. рождения,
зарегистрированный по адресу:

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 обществе с ограниченной ответственностью «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО»

Медицинским работником _____

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. N 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)

_____, раб. дом. моб.

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

V

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина либо законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника, уполномоченного руководителем медицинской организации)

_____ 20__ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И СВЕДЕНИЙ,
ОТНЕСЕННЫХ К ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЕ, СОГЛАСИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ СВЕДЕНИЙ,
СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ ТРЕТЬИМ ЛИЦАМ

В соответствии частью 1 и частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон о персональных данных) указанный ниже субъект персональных данных, действуя свободно, своей волей и в своём интересе, настоящим даёт письменное согласие на обработку своих персональных данных, в том числе (но не ограничиваясь) на передачу для последующей обработки персональных данных лицам, указанным в настоящем согласии, если обработка будет поручена данным лицам в соответствии с частью 3 статьи 6 Закона о персональных данных.

Я, ПАЦИЕНТ, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
документ, удостоверяющий личность _____ N _____
(вид документа) (серия, номер)
выдан _____
(кем, когда, код подразделения)
зарегистрированный по адресу _____
(адрес прописки)
e-mail _____ контактные телефоны моб: дом: раб: _____

Я, ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ПАЦИЕНТА, _____
(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)
документ, удостоверяющий личность _____ N _____
(вид документа) (серия, номер)
выдан _____
(кем, когда, код подразделения)
зарегистрированный по адресу _____
(адрес прописки)
e-mail _____ контактные телефоны моб: дом: раб: _____

даю свое согласие уполномоченным на обработку персональных данных лицам ООО «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО», 109004 Москва, Товарищеский пер. 10, стр. 2 Тел: (495) 232-4840, e-mail: clinic@c-experto.ru WWW: www.c-experto.ru (далее – Оператор) на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) моих персональных данных.

Я подтверждаю свое согласие с тем, что обработка моих персональных данных и сведений, отнесенных к врачебной тайне, осуществляется в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, ведения учета и систематизации оказанных услуг, в целях исполнения условий договоров по привлечению клиентов, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований.

Я ознакомлен с тем, что обработка моих персональных данных (в том числе в информационных системах Операторов, но не ограничиваясь: «Инфоклиника», а также с использованием телемедицинских технологий), относящихся к состоянию моего здоровья, необходима для защиты моей жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (жизни, здоровья, жизненно важных интересов пациента), либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, а также в целях оказания дополнительных медицинских и иных услуг медицинскими учреждениями-соисполнителями при оказании услуг путем осуществления прямых контактов с потенциальным потребителем с помощью средств связи (по электронному адресу (e-mail), смс (sms-сообщения), телефону).

Я даю согласие на обработку следующих персональных данных: 1) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), в том числе прежние фамилии, имена, отчества (последнее - при наличии) в случае их изменения; 2) число, месяц, год рождения; 3) место рождения; 4) сведения о гражданстве (в том числе прежние гражданства, иные гражданства); 5) вид, серия, номер документа, удостоверяющего личность, дата выдачи, наименование органа, выдавшего его; 6) адрес и дата регистрации по месту жительства (месту пребывания), адрес фактического проживания; 7) номер контактного телефона или сведения о других способах связи, адреса электронной почты, иная контактная информация о субъекте персональных данных; 8) реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), добровольного медицинского страхования (ДМС), 9) страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС); 10) номер расчетного счета; 11) номер банковской карты; 12) ИНН; 13) в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных (данные о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иные сведения, полученные при медицинском обследовании и лечении) — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских услуг, медицинского обследования и лечения, а также в целях улучшения качества обслуживания пациентов и проведения маркетинговых программ, статистических исследований; 14) копии документов по указанному перечню 1-13.

В целях улучшения качества обслуживания, проведения статистических исследований и маркетинговых программ, настоящим также даю свое согласие на получение информации об услугах ООО «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО» в виде sms-сообщений, по e-mail (электронной почте) и телефону на указанный мною выше номер телефона и адрес электронной почты. Я подтверждаю, что указанный мной номер мобильного телефона в настоящем согласии, является достоверным и принадлежит мне на основании договора об оказании услуг связи (абонента), а адрес электронной почты - зарегистрирован на мое имя и принадлежит мне (используется мной).

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дает согласие субъект персональных данных: сбор персональных данных; получение персональных данных; запись (сохранение) персональных данных; систематизация персональных данных; накопление персональных данных; хранение персональных данных; уточнение (обновление, изменение) персональных данных; извлечение персональных данных; использование персональных данных, блокирование, уничтожение.

Наименование и адрес лиц, осуществляющих обработку персональных данных по поручению Оператора:

ООО «БиоТехСервис», ИНН 7839411967,190121 г. Санкт-Петербург, пер. Дровяной, д.22, лит. А, пом.4

ООО «Геномед», ИНН 7701759381, 105005 Москва, ул. Бауманская 50/12 стр.1

Общество с ограниченной ответственностью «Профессорская клиника «Хорошая практика», ИНН 9705108916,115054, г. Москва, ул. Валовая, д. 32/75, строение 1, этаж 3, пом. 1-3А;17;19;22-27

ООО «Клиника ЗДОРОВЬЯ», ИНН 7728570714, 127015 г. Москва, ул. Б. Новодмитровская, д.23, стр.2

ООО Лаборатория «Литех», ИНН 7718844243, 107023, г. Москва, М.Семеновская, д. 3А стр.2

ООО "МЕТА-МЕТРИКС", ИНН 9731079362, 121354, Россия, Москва г., Муниципальный округ Можайский вн.тер.г., Дорогобужская ул., д.3, помещ. I, ком. 2

ООО «НАКФФ»,ИНН 7723628921 ,115088, г. Москва, ул. Угрешская, д.2, стр. 8

ООО «ПРОГЕН», ИНН 7729769950, 117630 г. Москва, Старокалужское шоссе, д. 62

ООО «ХромсистемсЛаб», ИНН 7727719369, 117246, г. Москва, Научный проезд, дом 20, строение 2, эт/пом/ком 2/1/22-30

ПАО «Мобильные ТелеСистемы» (ПАО «МТС»), 109147, г. Москва, ул. Марксистская, д. 4, ИНН 7740000076

Департамент здравоохранения города Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, ИНН 7707089084

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 127994, г.Москва, Вадковский переулок, дом 18, строение 5 и 7, ИНН 7707515984

ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, 111123, г. Москва, ул. Новогиреевская, 3А, ИНН 7720024671

Операторы также 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). Операторы имеет право во исполнение своих обязательств, по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией.

Я подтверждаю, что предоставленные мною персональные данные являются полными, актуальными и достоверными. Я обязуюсь своевременно извещать об изменении предоставленных персональных данных. Я ознакомлен(а) с тем, что:

1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение срока действия договора, заключённого между субъектом персональных данных и Оператором; 2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме. В случае отзыва согласия на обработку своих персональных данных прекращение обработки персональных данных и уничтожение персональных данных будут произведены в течение 30 дней с даты поступления отзыва; 3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Оператор вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 - 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ; 4) после прекращения договора персональные данные будут храниться у Оператора в течение предусмотренного законодательством Российской Федерации срока хранения документов.

Подтверждаю, что ознакомлен(а) с положениями Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ, права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Руководствуясь ч. 3 ст. 13 и п. 5 ч.5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим заявляю о своем согласии на разглашение ООО «КСМТ КРЕДЕ ЭКСПЕРТО» сведений, составляющих врачебную тайну в отношении себя или в отношении лица, чьим законным представителем я являюсь, в том числе данных о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, а также разрешаю Медицинским организациям предоставление (передачу) медицинской документации, связанной с состоянием моего здоровья или здоровья лица, чьим законным представителем я являюсь, включая, но не ограничиваясь, копии медицинской карты, выписку из истории болезни и т.д., следующим лицам:

(ФИО гражданина, название юридического лица, которому передается информация о состоянии здоровья, медицинская документация, контактный телефон)

Передачу сведений, составляющих врачебную тайну, разрешаю осуществлять указанным выше лицам следующими способами:

лично

заказным письмом (указать адрес)

по электронной почте (указать адрес)

Мне разъяснено, что Медицинские организации не могут гарантировать и не гарантируют доставку электронных сообщений на указанный выше адрес электронной почты после их отправки Медицинскими организациями, и защищенность указанных сообщений от несанкционированного доступа третьих лиц. Медицинские организации не отвечают за последствия, обусловленные исполнением моей воли способом передачи сведений, составляющих врачебную тайну, по электронной почте.

Пациент/Представитель пациента: _____

(подпись Пациента/Представителя пациента, ФИО полностью)

Дата _____ 20__ г.

Согласие

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут мне 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.

В случае оказания мне платных медицинских услуг по Программе подтверждаю, что согласовываю медицинские услуги, превышающие объем Программы, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и оплату таких медицинских услуг по дополнительным соглашениям. Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи по дополнительным соглашениям.

Подпись пациента _____ расшифровка подписи _____

Дата _____ 20__ г.

Согласие

(для пациента, заказчиком которого является юридическое лицо – страховая компания)

Подтверждаю, что согласовываю оказание мне платных медицинских услуг на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут мне 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.

В случае оказания мне платных медицинских услуг по Программе подтверждаю, что согласовываю медицинские услуги, превышающие объем Программы, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и оплату таких медицинских услуг по дополнительным соглашениям. Подтверждаю, что согласовываю оказание мне медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи по дополнительным соглашениям, не входящих в Программу.

Подпись пациента _____ расшифровка подписи _____

Дата _____ 20__ г.