

Договор № _____
оказания платных медицинских услуг

г. Томск

Общество с ограниченной ответственностью "РАЙДО" (далее по тексту – Клиника), в лице Директора Некрасовой Светланы Владимировны, действующей на основании Устава, с одной стороны

и _____
проживающий _____

Паспорт _____ выдан _____

код подразделения _____, телефон: _____, в дальнейшем именуемый(ая) "Пациент", с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА. ПЕРЕЧЕНЬ И СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

1.1. Клиника обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется своевременно оплачивать стоимость предоставляемых медицинских услуг.

1.2. Перечень и цена оказываемых Клиникой услуг предусмотрены в прейскуранте, действующем на дату оказания медицинских услуг. На момент подписания Договора, Пациент ознакомлен с действующим прейскурантом. Клиника вправе изменять прейскурант в период действия Договора. Информация об изменении стоимости медицинских услуг, а также прочих измененный прейскуранта доводятся до Пациента путем размещения в сети "Интернет", на официальном сайте Клиники и на информационном стенде в Клинике.

1.3. По медицинским показаниям с согласия Пациента ему могут быть оказаны и иные услуги (в рамках имеющейся у Клиники лицензии), перечень и стоимость которых согласовывается в дополнительном соглашении к настоящему договору.

2. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОКИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Клиника оказывает услуги по настоящему Договору в помещении по адресу: г. Томск, ул. Фрунзе 24, в соответствии с режимом работы Клиники и графиком работы медицинских работников Клиники.

2.2. Предоставление услуг по настоящему Договору происходит в порядке предварительной записи Пациента на прием по телефону регистратуры или посредством сети Интернет через сайт Клиники.

2.3. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в размере 100% после оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

2.4. Пациент заверяет, что при заключении настоящего Договора:

- Клиника ознакомила Пациента с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- Клиника в доступной форме проинформировала Пациента о возможности/невозможности 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;
- Клиника ознакомила Пациента со своими локальными актами, в том числе регламентирующими порядок предоставления платных медицинских услуг: Правилами предоставления платных медицинских услуг, Прейскурантом цен на платные медицинские услуги, Положением об обработке персональных данных, Положением о порядке внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности и иными;
- платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления Пациента приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет его средств;
- оказание медицинских услуг по договору не в объеме стандарта осуществляется по просьбе Пациента в соответствии с Постановлением Правительства РФ №736 от 11.05.2023г
- подписанием данного договора Пациент подтверждает свое согласие на обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) своих персональных данных в том числе посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки и отчетные формы в соответствии 152-ФЗ от 27.07.2006 года «О персональных данных».

2.5. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Пациента, если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Клиника обязуется:

- 3.1.1. Своевременно и качественно оказывать услуги в соответствии с условиями настоящего Договора по действующим на момент заключения договора ценам (тарифам), указанным в Прейскуранте медицинских услуг Клиники.
- 3.1.2. При предоставлении медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном законом порядке.
- 3.1.3. Предоставить Пациенту в установленном порядке в доступной форме установленную законодательством информацию о Клинике и предоставляемых медицинских услугах.
- 3.1.4. Соблюдать 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», иные нормативные акты и локальные акты Клиники, связанные с осуществлением медицинской деятельности и предоставлением платных медицинских услуг.

3.2. Клиника вправе:

- 3.2.1. Требовать от Пациента предоставления полной и достоверной информации, необходимой для качественного оказания ему медицинских услуг;
- 3.2.2. Отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг в случаях, невозможности их оказания, при выявлении у Пациента противопоказаний к проведению лечебно-диагностическим мероприятиям, а также в случаях, предусмотренных действующим законодательством.
- 3.2.3. Осуществлять обработку персональных данных Пациента в порядке и пределах, установленных законодательством РФ.
- 3.2.4. Определять объем исследований и необходимых действий, направленных на оказание Медицинских услуг в рамках выбранной программы, и предлагать их Пациенту.
- 3.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг согласно настоящего Договора Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.3. Пациент обязан:

- 3.3.1. Заблаговременно информировать Клинику о необходимости отмены или изменении назначенного ему времени получения медицинской услуги. В случае если время опоздания Пациента составляет 30 и более процентов от планируемого времени процедуры, Клиника оставляет за собой право на перенос или отмену срока получения услуги.
- 3.3.2. Добросовестно и полно предоставить Клинике сведения (в особо сложных случаях подтвержденные медицинскими документами) о перенесенных ранее заболеваниях, принимаемых медицинских препаратах, непереносимости или аллергических реакциях (в том числе на лекарственные средства), и вредных привычках (курение, употребление алкоголя и наркотических веществ), о перенесенных ранее хронических заболеваниях, оперативных вмешательствах и травмах, принимаемых лекарственных препаратах, ухудшении состояния здоровья в период, предшествующий медицинскому вмешательству, а также о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению условий договора или влияющих на качество оказываемых услуг, путем предоставления медицинских документов, заполнения предложенной Клиникой анкеты пациента и при устном опросе специалистами Клиники.
- 3.3.3. Соблюдать в полном объеме правила и условия получения медицинской услуги, установленные Исполнителем, неукоснительно соблюдать рекомендации и режим лечения, установленные врачами Клиники, исполнять обязанности граждан в сфере охраны здоровья, установленные 323-ФЗ от 21.11.2011.
- 3.3.4. Своевременно оплатить стоимость услуг, предусмотренных настоящим договором и дополнительными соглашениями к нему.

3.4. Пациент вправе:

- 3.4.1. В доступной для него форме получать информацию о состоянии его здоровья, о медицинских услугах по настоящему договору.
- 3.4.2. Требовать сохранения конфиденциальности информации, содержащей врачебную тайну, в порядке, установленном ст.13 323-ФЗ от 21.11.2011.
- 3.4.3. Отказаться от медицинского вмешательства в письменной форме в порядке, предусмотренном Клиникой в соответствии с действующим законодательством. При этом Клиника не несет ответственности за возможные негативные последствия отказа Пациента от медицинского вмешательства.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. Оплата медицинских услуг по настоящему Договору производится Пациентом в размере 100% после оказания услуги всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

5. СВЕДЕНИЯ О КЛИНИКЕ

- 5.1. ОГРН 1027000865748, ИНН 7017050179, КПП 701701001, 634029, г. Томск, проспект Фрунзе, д. 24
- 5.2. Клиника осуществляет медицинскую деятельность на основании Лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01043-70/00304843 (№ ЛО-70-01-001800) от 23 марта 2016 года, лицензирующий орган - Департамент лицензирования и регионального государственного контроля Томской области, действует бессрочно., действует бессрочно.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. За ненадлежащее исполнение настоящего договора Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ.

6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению сторон, путем подписания соглашения.

6.3. Изменение договора в одностороннем порядке не допускается.

6.4. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из сторон с обязательным предварительным уведомлением друг друга не менее чем за 10 рабочих дней.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует 1 календарный год. Если ни одна из Сторон не заявит о его расторжении за 30 дней до окончания срока действия Договора, Договор считается продленным на каждый следующий год.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

7.3. Стороны пришли к соглашению об использовании факсимильной подписи лица, уполномоченного подписывать дополнительные соглашения, приложения к настоящему Договору со стороны Клиники. Стороны признают равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи.

7.4. Листки нетрудоспособности Клиникой не выдаются.

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ООО «Райдо»

Адрес: 634029, Томская область,

г.Томск, пр. Фрунзе 24

ИНН 7017050179, КПП 701701001

ОГРН 1027000865748

р/счет: 40702810464710000374 в Томское ОСБ

№8616 ПАО Сбербанк,

БИК 046902606

Лицензия на осуществление медицинской деятельности

№ ЛО41-01043-70/00304843 (№ ЛО-70-01-001800)

от 23 марта 2016 года

ПАЦИЕНТ

ФИО пациента:

Паспорт:

Адрес:

Телефон:

Электронная почта:

Директор ООО "РАЙДО" _____ /Некрасова С.В.

Подпись _____

Экземпляр договора на руки получил _____

УВЕДОМЛЕНИЕ

В соответствии с п.20 Постановления Правительства РФ №736 от 11.05.2023г Общество с ограниченной ответственностью "Райдо" до заключения договора об оказании платных медицинских услуг настоящим уведомляет о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Пациент / _____

**Общество с ограниченной ответственностью «Райдо»
ИНН 7017050179, ОГРН 1027000865748, КПП 701701001.
634029, г. Томск, проспект Фрунзе, д. 24
Лицензия на осуществление медицинской деятельности
№ Л041-01043-70/00304843 (№ ЛО-70-01-001800) от 23 марта 2016 года**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я, _____

В соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Приказом МЗСР РФ от 23.04.2012 г. N 390 н я даю добровольное согласие на проведение в соответствии с назначениями врача или в случае необходимости следующих вмешательств, процедур и манипуляций, проводимых в ООО «Райдо»

- опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза;
 - осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация;
 - антропометрические исследования; термометрия, тонометрия;
 - забор материалов на лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические, микологические;
 - методы обследования, в том числе, трихоскопия, дерматоскопия, импедансометрия, тест на фоточувствительность кожи, алергопробы;
 - физиотерапевтические процедуры;
 - пероральный прием лекарственных препаратов;
 - введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно;
 - наложение повязок различного рода;
 - наложение и снятия швов;
 - медицинский массаж.
 - необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно;
- Также даю согласие на проведение в случае необходимости:
- ручного и аппаратного очищения кожи
 - терапии лазером низкоинтенсивного излучения
 - терапии микротоками
 - косметического массажа

Я согласен (а) на применение всех необходимых по моему состоянию здоровья лекарственных препаратов (в т.ч. для анестезии), за исключением: _____

Мне согласно моей воли даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого);

Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;

- Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;

- Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

- Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

В случае возникновения во время обследования и лечения (в том числе в ходе операции) непредвиденных осложнений, угрожающих моему здоровью, я даю согласие на изменение характера лечения, проведение срочных диагностических, лечебных и организационных мероприятий, направленных на немедленное устранение всех болезненных состояний независимо от степени их тяжести и угрозы жизни, предусмотренные утвержденными стандартами оказания медицинской помощи, действующими на территории Российской Федерации.

Мне будут в доступной форме разъяснены альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения.

Я могу отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия. Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения от медицинского персонала мною поняты, возможный риск предстоящего исследования, манипуляции, операции (включая летальный исход) мною осознан.

Я понимаю, что медицинским персоналом будут приниматься все необходимые меры для моего излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения не может быть предоставлено.

Я понимаю, что мне может быть дана информация о том, кто именно будет выполнять исследование, манипуляцию, операцию, при этом мне гарантируется, что данное лицо имеет соответствующую квалификацию и опыт, предусмотренный положениями действующего законодательства Российской Федерации

-Я _____ согласен/не согласен на осмотр другими медицинскими работниками с учетом сохранения врачебной тайны;

Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на обследование и лечение в предложенном объеме;

- Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям,

гражданам: _____ (ФИО родственника/законного представителя)

Я информирован (а) о том, что вся необходимая мне медицинская помощь может быть мне предоставлена в рамках программы обязательного медицинского страхования без дополнительной оплаты, но прошу по моему желанию оказать мне медицинскую помощь в организации, которую я выбрал самостоятельно - в клинике ООО «Райдо» с оплатой медицинских услуг согласно условиям договора.

Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных»

О своих правах и обязанностях проинформирован(а)

Я разрешаю передать информацию о нахождении на лечении и состоянии здоровья следующим лицам:

Дата рождения: _____ Адрес электронной почты _____

Ф.И.О. и подпись пациента: _____

Дата:

к договору № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.

СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____

дата рождения: _____ проживающий по адресу (месту регистрации): _____

паспорт: _____, выдан: _____

код подразделения: _____, электронная почта: _____, номер телефона: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Райдо» (далее – «Оператор», «Клиника») моих персональных данных, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, место рождения, дату рождения, гражданство, адрес по месту жительства (пребывания), данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС (при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но не исключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – «Персональные данные»). Предоставляю Оператору право направлять мне информационные сообщения по вопросам, связанным с оказанием медицинских услуг, в том числе, но не исключительно, о подтверждении, отмене, изменении даты и времени записи на прием к врачу, о готовности результатов исследований и анализов. Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои Персональные Данные посредством внесения их в электронную базу данных. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои Персональные данные другим должностным лицам Оператора, осуществляющим хозяйственную деятельность Оператора и третьим лицам, уполномоченным Оператором на обработку персональных данных в связи с технической необходимостью обработки в базах данных Оператора при обязательном соблюдении условий о конфиденциальности обрабатываемых данных, Заказчику медицинских услуг и его уполномоченным представителям, по договору с которым мне будут оказаны медицинские услуги.

Клиника оказывает услугу информирования посредством направления информации по телекоммуникационным каналам связи на указанный Пациентом контактный номер телефона. На указанный Пациентом номер телефона передается информация о предстоящей записи на прием, о специальных предложениях Клиники.

Настоящим согласием предоставляю Клинике право на смс информирование и дальнейшие рекламные коммуникации по указанному номеру телефона.

Направлять медицинскую информацию (результатов анализов/отчетов) по электронной почте:

ДА ☐ НЕТ ☐

Настоящим согласием предоставляю Клинике право на направление результатов медицинских исследований (результаты анализов), медицинских отчетов, информационных сообщений, связанных с оказанием медицинских услуг в Клинике на указанный Пациентом адрес электронной почты: _____

Я осведомлен(а), что сведения будут направляться через публичную сеть Интернет (Оператор не гарантирует безопасность связи от несанкционированного доступа) и поступать на незащищенные электронные адреса представителя, в связи с чем, отправитель (Оператор) не может нести ответственность за несанкционированный доступ к таким сведениям третьих лиц.

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

Настоящее согласие действует бессрочно. Пациент вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Оператору под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе. Если заявление направляется по почте или передается Оператору через иное лицо, то подлинность подписи на нем должна быть нотариально засвидетельствована.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Клиника обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____ / _____