

_____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью Клиника лечения стрессовых расстройств «Вита-Центр», Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-24-01-004538 от 27.09.2019г., выдана бессрочно Министерством здравоохранения Красноярского края, в лице генерального директора Захаровой Татьяны Ивановны, действующей на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, при совместном упоминании «Стороны», а по отдельности - «Сторона», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

Заказчик поручает, а Исполнитель выполняет на возмездной основе медицинские и другие услуги, выбранные Заказчиком.

2. УСЛОВИЯ ДОГОВОРА

2.1. До заключения договора Заказчику предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи.

2.2. Исполнитель уведомил Заказчика о том, что несоблюдение указаний 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.

3. ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1 Заказчик обязан:

- до производства услуг Исполнителем оплатить их стоимость согласно утвержденным Исполнителем тарифов.
- предоставить Исполнителю полную информацию о состоянии здоровья пациента;
- выполнять назначения специалистов (врачей) Исполнителя;

3.2 Исполнитель обязан:

- ознакомить Заказчика с перечнем услуг, тарифами, лицензией и иными документами;
- согласовать с Заказчиком характер, объем, ориентировочные сроки и стоимость предоставляемых услуг;
- предоставить Заказчику выбранные им услуги с привлечением квалифицированных врачей и иного медицинского и обслуживающего персонала.
- вести и хранить медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья пациента, в установленном законом порядке и сроки;
- обеспечить режим конфиденциальности при обращении Заказчика за медицинскими услугами и состоянии здоровья пациента в соответствии с действующим законодательством РФ о защите персональных данных и врачебной тайне;

4. ПРАВА СТОРОН

4.1 Исполнитель вправе в случае отказа Заказчика от услуг, которые могли бы, по мнению Исполнителя, уменьшить или снять опасность для здоровья пациента, получить от него соответствующую расписку об отказе от медицинского вмешательства;

4.2 Заказчик вправе досрочно расторгнуть настоящий договор, осуществив при этом окончательный расчет за фактически оказанные услуги Исполнителя;

4.3. Стороны вправе изменять набор и стоимость услуг. Перечень оказанных услуг указывается в Акте об оказании услуг.

5. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость оказываемых Исполнителем Заказчику в рамках настоящего договора услуг определяется согласно действующему на момент оказания услуг Прейскуранту Исполнителя на условиях 100% авансового платежа стоимости подлежащих оказанию услуг.

5.2. Цена договора оплачивается Заказчиком в рублях, путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

6. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента оплаты Заказчиком услуг Исполнителя и действует в течение всего периода, необходимого для полного выполнения предоставляемых услуг.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

8. ДРУГИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Услуга по настоящему договору оказываются по адресу: г. Красноярск, ул. Богграда, дом 89 помещение 49.

8.2. Заказчик не возражает против привлечения третьих лиц для оказания отдельных видов медицинских услуг.

«Исполнитель»

«Заказчик»

ООО «Вита-Центр»
660036, г.Красноярск, ул. Академгородок,
дом 18, квартира 66
ИНН/КПП 246311086/246301001
ОГРН 1172468061050
р/с 40702810331000013484
в Красноярское отделение 8646 ПАО Сбербанк г.Красноярск
к/с 30101810800000000627
БИК 040407627

Генеральный директор

_____/Т.И.Захарова

_____/_____

ИНФОРМИРОВАННОЕ
ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

На основании ст. 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ и в соответствии с требованиями «Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006,

Я, _____, дата рождения _____ в рамках Договора № _____ от __.__.20__ г., желаю получить платные медицинские услуги в медицинской организации ООО «Вита-Центр» (далее — ООО «Вита-Центр»), по адресу: г. Красноярск, ул. Богграда, дом 89 помещение 49, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я подтверждаю свое согласие на получение медицинских услуг именно в данной медицинской организации, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов их оплатить.

2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и одновременно несколько видов медицинских услуг.

3. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, медицинская организация не несет ответственности за их возникновение.

4. Я осознаю и понимаю, что для получения качественной медицинской услуги и достижения желаемых результатов лечения я должен(-на) исполнять все указания, назначения и рекомендации врачей ООО «Вита-Центр», несоблюдение которых могут снизить качество предоставляемой на платной основе медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

5. Я ознакомлен(а) с Перечнем оказываемых в ООО «Вита-Центр» медицинских услуг и действующим Прейскурантом цен, в доступной для меня форме мне даны разъяснения о целях и методах оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, в том числе вероятности развития осложнений, а также о предполагаемые результаты оказания медицинской помощи.

6. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев(предусмотренных ч. 9 ст. 20 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

7. Я подтверждаю, что ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг, согласен(-а) на их применение и оплату стоимости в соответствии с Прейскурантом цен.

8. Я 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 года № 390н:

1.Опрос, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза.

2.Осмотр, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, с рингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального

3.Антропометрического исследования.

4.Термометрия, Тонометрия.

5.Исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)

6.Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические.

7.Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных)

11.Лучевые методы обследования, в том числе ультразвуковые и доплерографические исследования.

12.Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривенно

13.Медицинский массаж, лечебная физкультура.

Мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанные с ними прогнозируемые риски, 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 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Я удостоверяю, что текст настоящего добровольного согласия мной лично прочитан, я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, понятно назначение информированного согласия пациента на медицинское вмешательство и добровольно подтверждаю свое согласие на обследование и лечение в предложенном мне объеме в медицинской организации ООО «Вита-Центр»

Пациент

Фамилия Имя Отчество

Подпись

Медицинский работник

Фамилия Имя Отчество

Подпись

«__» _____ 20__ г.

СОГЛАСИЕ СУБЪЕКТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)
НА ОБРАБОТКУ ЕГО ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ф.И.О. субъекта персональных данных: _____
Адрес регистрации: _____
Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____,
Орган, выдавший документ: _____

Ф.И.О. законного представителя субъекта персональных данных: _____
Адрес регистрации: _____
Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия _____ № _____,
Орган, выдавший документ: _____

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку медицинской организацией ООО «Вита-Центр» (именуемый далее Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты медицинского страхового полиса, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг.

Я подтверждаю, что даю такое согласие, действуя по своей воли и в своем интересе.

В процессе оказания Оператором медицинских услуг, я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, а также получать (включая получение отмени и/или от любых третьих, лиц с учетом требований действующего законодательства Российской Федерации) в медицинских и иных учреждениях, в которые я обращался (-лась), состоял (а) на учете или проходил (а) обследование и/или лечение, документы и сведения, в том числе выписки из медицинских документов и копии, оформленные в установленном порядке, медицинские документы (истории болезни, амбулаторные карты и т. п.), а также всю необходимую информацию касательно состояния моего здоровья, результатов всех проведенных анализов и обследований, течения заболеваний (в случае если они диагностировались), операционных вмешательств и иных сведений, составляющих врачебную тайну - другим, должностным лицам Оператора и должностным лицам страховой компании, указанной в медицинском страховом полисе (при условии получения медицинских услуг по полису медицинского страхования), в интересах обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующим предоставление отчетных данных (документов) по договорам.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием цифровых носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения персональных данных соответствует фоку хранения медицинских документов и составляет пять лет.

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

Настоящее согласие действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

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

Контактные телефоны: _____

Почтовый адрес: _____

Субъект персональных данных: _____

Фамилия Имя Отчество

Подпись: _____

Подпись

«__» _____ 20__ г.

АКТ
об оказании услуг по договору на оказание платных услуг
№ _____ от «___» _____ 20__ г.

Исполнитель ООО «Вита-Центр» в лице _____ с одной стороны

и Заказчик _____ с другой стороны

составили настоящий акт о том, что Исполнитель оказал, а Заказчик принял следующие услуги:

№	Наименование услуг	Цена, руб.	Кол-во	Сумма, руб.

Общая стоимость предоставленных услуг, включая налоги, составила: _____

Услуги предоставлены в установленные сроки, в полном объёме и с надлежащим качеством. Претензий друг к другу стороны не имеют.

От Исполнителя: _____
Подпись

От Заказчика: _____
Подпись