

Уважаемый Заказчик (Потребитель)!

В соответствии с ч. 2 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», во исполнение требований п. 7 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659, до заключения договора оказания платных медицинских услуг Вам разъясняется, что каждый гражданин имеет возможность 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.

Вам также разъясняется, что отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» информирует Заказчика (Потребителя) о том, что общество не участвует в программах бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения договора оказания платных медицинских услуг Вам разъясняется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника ООО «Клиника Выздоровления», 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 Вашего здоровья.

Договор оказания платных медицинских услуг №

г.Абинск

«__» _____ 202__ года

Общество с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления», адрес в пределах места нахождения (юридический адрес): 350047, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Красных партизан, д. 30 помещ. 518, адрес направления почтовой корреспонденции (почтовый адрес): 353320, Краснодарский край, г. Абинск, ул. Советов, д.43Г, ОГРН 1232300019060, ИНН 2376005980/ КПП 230801001, лицензия Министерства здравоохранения Краснодарского края на осуществление медицинской деятельности от 31.07.2023 № Л041-01126-23/00667213, в лице генерального директора Умудумова Яниса Саввича, действующего на основании устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и гражданин(ка) *ФИО*, дата рождения: «__», адрес места постоянной регистрации_____, фактический адрес места жительства (почтовый адрес)_____, данные документа, удостоверяющего личность: _____ *наименование*_____, серия _____ номер_____, кем/когда выдан_____, код подразделения_____, контактный номер телефона: _____, адрес электронной почты:_____(при наличии)_____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор оказания платных медицинских услуг (далее-Договор) о нижеследующем:

1.ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1.Исполнитель обязуется оказать Заказчику на возмездной основе платные медицинские услуги (далее - медицинские услуги) по прейскуранту, утвержденному Исполнителем, а Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с условиями настоящего Договора. Перечень оказываемых медицинских услуг, их стоимость, сроки их оказания определяются и подписываются Сторонами отдельно в Приложении к договору на оказание платных медицинских услуг, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора (далее-Приложение к договору).

1.2.В целях настоящего Договора Заказчик является Потребителем - имеющим намерение получить медицинские услуги в соответствии с Договором. Потребитель, получающий медицинские услуги, является Пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации» (в редакции на момент возникновения правоотношений (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ)).

1.3.Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что до подписания Договора Исполнитель ознакомил его с прейскурантом цен, Положением о гарантиях, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 30.05.2026 № 659 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» (далее-Правила от 30.05.2026 № 659), возможностью получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы (в т.ч. территориальной) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в других медицинских учреждениях.

1.4.Сроки оказания медицинских услуг, указанные в Приложении к договору, в случае необходимости проведения дополнительных исследований считается промежуточными. Подписывая настоящий Договор, Заказчик тем самым подтверждает, что установленные Исполнителем конечные сроки оказания медицинских услуг (выполнения исследований) ему известны и устраивают его.

1.5.Медицинские услуги предоставляются при условии их полной оплаты Заказчиком.

1.6.Медицинские услуги, оказываемые по настоящему Договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Заказчика и вероятность проявления сопутствующих и побочных свойств медицинского воздействия (осложнений).

1.7.Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что ему разъяснены и понятны цели и методы оказания медицинской помощи, связанные с ними риски, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия и предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Заказчик проинформирован о том, что процедура забора биологического материала, а также последствия его забора могут быть связаны с возникновением неприятных и/или болевых ощущений во время и после процедуры, включая возможное появление гематомы на месте укола в целях забора крови. Место венепункции, скарификации может стать входными воротами инфекции при несоблюдении пациентом гигиенического режима в области раны в течение первых нескольких дней после процедуры. Заказчик подтверждает, что сообщил правдивые сведения о наследственности, состоянии здоровья, об употреблении лекарственных препаратов, алкоголя, наркотических и токсических средств.

1.7.1.При оказании медицинских услуг по настоящему Договору Исполнитель вправе сотрудничать с иными медицинскими организациями, специалистами и привлекать третьих лиц к исполнению своих обязанностей по настоящему Договору в части выполнения лабораторных исследований. В данном случае Заказчик признает правомерность и юридическую силу любого аналога собственноручной подписи, в том числе (но не ограничиваясь) факсимильного воспроизведения подписи уполномоченного сотрудника привлекаемого третьего лица на документах, связанных с исполнением Договора в части выполнения лабораторных исследований.

1.7.2.Срок выполнения некоторых лабораторных услуг, указанных в Приложении к договору, может быть увеличен в связи с временными перебоями поставок реагентов для лаборатории.

1.7.3.В случае проведения микробиологических исследований при обнаружении в клиническом материале нормальной микрофлоры определение чувствительности к антибиотикам не проводится.

1.7.4.Стороны Договора понимают, что в силу сложности технологического процесса и специфики оказываемых услуг не исключаются ситуации, при которых Исполнителю в целях качественного оказания медицинских услуг необходимо будет осуществить повторный забор (далее - перезабор) биологического материала Заказчика. Исполнитель информирует Заказчика о необходимости осуществления перезабора звонком по контактному номеру телефона Заказчика, указанному в Договоре. При невозможности дозвониться до Заказчика в течение одного рабочего дня, Исполнитель вправе проинформировать Заказчика по адресу электронной почты, указанному в Договоре. При этом необходимость осуществления перезабора не влияет на согласованную ранее стоимость медицинских услуг по Договору.

1.8.Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту нахождения обособленного подразделения, указанного в Приложении к договору.

2.ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1.Исполнитель уведомляет Заказчика о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с п. 3 ст. 27 Федерального закона № 323-ФЗ, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.2.Исполнитель обязуется:

2.2.1.Оказать Заказчику медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего Договора качественно и в срок (с учетом п. 1.4. настоящего Договора).

2.2.2.Оказать Заказчику медицинские услуги с соблюдением действующего законодательства Российской Федерации, регулирующего предоставление платных медицинских услуг, на основе клинических рекомендаций, стандартов и порядков оказания медицинской помощи, с соблюдением действующих санитарно-гигиенических требований.

2.2.3.Предоставить результаты лабораторных исследований Заказчику в печатном виде на бумажном носителе (на бланке Исполнителя). При наличии согласия Заказчика и указания им адреса электронной почты, Исполнитель обеспечивает отправку результатов исследований в электронном виде, при этом Исполнитель не несет ответственности за технические сбои на стороне почтового сервиса Заказчика.

2.2.4.Предоставлять Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а)о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, а также об ожидаемых результатах лечения;

б)об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях и противопоказаниях к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие (при проведении соответствующих манипуляций);

в)перечисленную в п. п. 12 - 17, 21 Правил от 30.05.2026 № 659.

2.2.5.Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации, на момент возникновения правоотношений, требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2.6.В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ не передавать и не показывать третьим лицам находящиеся у Исполнителя сведения о факте обращения Заказчика за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении, составляющие врачебную тайну, за исключением случаев, прямо предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

2.2.7.При поступлении от Заказчика письменного заявления об отзыве согласия на обработку персональных данных Исполнитель, выступающий в качестве оператора персональных данных, обязуется прекратить обработку таких данных в порядке и в сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации. Исключение составляют случаи, прямо предусмотренные законодательством Российской Федерации, когда обработка персональных данных допускается без согласия субъекта.

2.3.Права Исполнителя:

2.3.1.Не приступать к оказанию медицинских услуг до момента исполнения Заказчиком обязательств по оплате, предусмотренных условиями Договора, и подписания информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство (в том числе на отдельные виды медицинских вмешательств), иных видов соглашений, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации и необходимых Исполнителю для оказания медицинских услуг.

2.3.2.Изменять прейскурант медицинских услуг в одностороннем порядке, при этом стоимость уже заказанных и оплаченных Заказчиком услуг изменению не подлежит.

2.3.3.В случаях, установленных Федеральным законом № 323-ФЗ, самостоятельно определять и производить замену медицинских работников, оказывающих медицинские услуги.

2.3.4.Исполнитель вправе перенести оказание медицинских услуг на другое время в случае возникновения обстоятельств, затрудняющих оказание медицинских услуг по объективным причинам (болезнь специалиста, неисправность оборудования и т.п.), а также в случае необходимости оказания лечебно-диагностических мероприятий другому пациенту в

экстренной или неотложной форме. При этом Исполнитель согласовывает с Заказчиком новое время и срок оказания медицинских услуг.

2.3.5. Исполнитель вправе отказать в проведении медицинских манипуляций (процедур) в случае выявления у Заказчика противопоказаний к их проведению, а также в случае невыполнения Заказчиком предписаний и рекомендаций медицинского персонала, если такое невыполнение угрожает жизни и здоровью Заказчика либо делает невозможным качественное и безопасное оказание медицинской услуги.

2.3.6. Получать от Заказчика необходимую для выполнения своих обязательств по Договору информацию. В случае отказа в предоставлении, неполного предоставления информации, либо предоставления недостоверной информации Заказчиком, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.3.7. В целях контроля режима работы персонала, обеспечения безопасности, контроля качества и правомерности оказания медицинской помощи, защиты законных интересов Исполнителя и разрешения спорных ситуаций, Исполнитель вправе осуществлять аудио-, фото- и видеофиксацию процесса предоставления медицинских услуг в своих помещениях (включая, но не ограничиваясь: стоматологические, рентгенологические кабинеты и операционные блоки). Указанная фиксация осуществляется строго в соответствии с законодательством Российской Федерации о персональных данных и врачебной тайне; полученные материалы являются конфиденциальными и не подлежат разглашению или передаче третьим лицам, за исключением случаев, прямо предусмотренных законодательством Российской Федерации.

2.3.8. При выдаче результатов исследований в печатном виде на бумажном носителе (бланке Исполнителя), с целью сохранения сведений, составляющих врачебную тайну, Исполнитель вправе произвести идентификацию Заказчика любыми правомерными доступными способами, позволяющими идентифицировать личность Заказчика.

2.4. Заказчик обязан:

2.4.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные Приложением к договору, в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.4.2. После ознакомления с противопоказаниями, возможными рисками, негативными последствиями и предполагаемыми результатами оказания медицинских услуг дать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, либо письменный отказ от него.

2.4.3. Предоставить Исполнителю достоверную информацию о состоянии своего здоровья, включающую данные о перенесенных и имеющихся заболеваниях, непереносимости и аллергических реакциях на лекарственные препараты, пищевые продукты и иные факторы, а также об иных обстоятельствах, способных повлиять на результаты оказания медицинских услуг.

2.4.4. Выполнять все указания (рекомендации) и назначения медицинских работников Исполнителя, а также третьих лиц, привлеченных Исполнителем для оказания медицинских услуг по настоящему Договору и действующих по его поручению; выполнять рекомендации и указания, предписанные на период после оказания медицинских услуг; соблюдать режим приема лекарственных препаратов, режим питания и другие предписания, а также незамедлительно сообщать лечащему врачу (медицинскому персоналу Исполнителя) о любых изменениях самочувствия.

2.4.5. В случаях, обусловленных характером и методикой оказываемых медицинских услуг, строго соблюдать ограничения на употребление алкогольных напитков, наркотических, психотропных средств и иных препаратов, способных повлиять на безопасность и эффективность медицинского вмешательства, если иное не будет согласовано с лечащим врачом.

2.4.6. В процессе получения медицинской помощи согласовывать с лечащим врачом прием любых сторонних лекарственных препаратов, витаминов, биологически активных добавок, средств народной медицины, а также прохождение медицинских или косметологических процедур, если это может повлиять на ход текущего лечения.

2.4.7. Посещать медицинских работников Исполнителя и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Заказчика на прием к медицинским работникам Исполнителя в установленное время, время повторного приема определяется Исполнителем,

исходя из утвержденного рабочего графика (расписания) и свободного времени медицинских работников Исполнителя.

2.5.Права Заказчика:

2.5.1.Получать в течение срока действия Договора медицинские услуги в порядке и на условиях определенных настоящим Договором, в соответствии с требованиями, установленными действующим законодательством Российской Федерации.

2.5.2.Заказчик вправе отказаться от получения медицинских услуг, установленных Договором, полностью или частично до окончания срока его действия в порядке, предусмотренном пунктом 6.5 настоящего Договора.

2.5.3.Заказчик вправе требовать от Исполнителя предоставления информации о состоянии своего здоровья и иной информации, относящейся к предмету Договора, в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

2.5.4.Заказчик самостоятельно выбирает необходимые медицинские услуги из тех, которые оказываются Исполнителем.

2.6.Стороны обязуются соблюдать конфиденциальность в отношении финансовой, коммерческой и иной конфиденциальной информации, полученной друг от друга при исполнении настоящего Договора. Исполнитель гарантирует соблюдение врачебной тайны в отношении сведений о состоянии здоровья Заказчика, включая факт обращения за медицинской помощью, диагноз и иные медицинские данные.

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

3.1.Стоимость медицинских услуг, указанных в Приложении к договору, определяется Сторонами в соответствии с действующим прейскурантом медицинских услуг Исполнителя. Основанием для оплаты Заказчиком в полном объеме медицинских услуг является подписанное Приложение к договору.

3.2.Оплата медицинских услуг может быть произведена как в наличной форме, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя, так и в безналичной форме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3.Моментом оплаты медицинских услуг является день фактического поступления денежных средств на расчетный счет или в кассу Исполнителя.

3.4.В случае невозможности исполнения Договора Исполнителем, возникшей по вине Заказчика, медицинские услуги, фактически оказанные Исполнителем, подлежат оплате в полном объеме.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1.Медицинские услуги оказываются Заказчику на платной основе в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего Договора, при наличии медицинских показаний и информированного добровольного согласия Заказчика. Исполнитель оказывает услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций с учётом стандартов медицинской помощи, в объёме и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

4.2.Медицинские услуги считаются оказанными Исполнителем и принятыми Заказчиком в полном объеме с момента их фактического выполнения (предоставления результатов исследований). Факт оказания услуг подтверждается записью в первичной медицинской документации Исполнителя.

4.3.В соответствии со ст. 20 Федерального закона № 323-ФЗ необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача Заказчиком письменного информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинских услуг, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинских услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1.За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Заказчик и Исполнитель несут ответственность, предусмотренную Договором и действующим законодательством Российской Федерации на момент возникновения правоотношений.

5.2.Подписав настоящего Договора Заказчик подтверждает, что в соответствии с п. 16 Правил, до заключения Договора он уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение

указаний (рекомендаций) медицинских работников, включая назначенный режим лечения и правила подготовки к процедурам, снижает качество предоставляемых медицинских услуг, может повлечь невозможность их завершения в срок, либо отрицательно сказаться на общем состоянии здоровья Заказчика.

5.3.Исполнитель не несет ответственности за качество расходных материалов и лекарственных средств, которые были самостоятельно приобретены Заказчиком. При предоставлении Заказчиком результатов исследований, выполненных в сторонних организациях, Исполнитель исходит из добросовестности Заказчика и третьих лиц и не несет ответственности за достоверность представленных результатов.

5.4.Исполнитель не несет ответственности за качество и пригодность к исследованию биологического материала Заказчика, забор и доставка которого были произведены Заказчиком самостоятельно

5.5.Исполнитель не несет ответственности за недостижение ожидаемого Заказчиком субъективного (желаемого) результата, а также за возникновение осложнений и побочных эффектов, обусловленных индивидуальными анатомо-физиологическими особенностями организма Заказчика, при условии, что медицинские услуги (манипуляции) были выполнены качественно, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

5.6.Исполнитель не несет ответственности за сохранность имущества (в том числе наличных денежных средств), документов и ценностей Заказчика, находящихся в помещении Исполнителя. Меры к их сохранности должен взять на себя сам Заказчик.

5.7.Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если оно явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор), возникших после заключения Договора, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить. К таким обстоятельствам Стороны относят: пожар, наводнение, землетрясение и другие стихийные бедствия, военные действия, забастовки, нормативные акты органов власти, временные сбои в логистике или поставках медицинских изделий и реагентов на территории РФ, подтвержденные официальными уведомлениями дистрибьюторов, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательств в срок, указанный в Договоре или Приложении к нему, то этот срок соразмерно продлевается на время действия соответствующего обстоятельства без начисления Исполнителю штрафов и неустоек.

6.СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1.Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до 31 декабря текущего календарного года, но в любом случае до полного исполнения Сторонами принятых по Договору обязательств.

6.2.Условия Договора могут быть изменены путем подписания Сторонами дополнительного соглашения к Договору.

6.3.Все возникающие споры, разногласия или требования, связанные с заключением, толкованием, исполнением, изменением и расторжением настоящего Договора, Стороны стремятся урегулировать в приоритетном претензионном порядке (в досудебном порядке урегулирования споров) путем переговоров и обмена письменными претензиями.

Сторона, право которой нарушено, направляет другой Стороне письменную претензию с приложением копий документов, обосновывающих предъявленные требования. Претензия может быть направлена Стороне заказным (ценным) письмом с описью вложения и уведомлением о вручении по официальному почтовому адресу, указанному в разделе 8 «Адреса и реквизиты Сторон» настоящего Договора или вручена адресату лично под роспись.

Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и направить ответ другой Стороне в течение 30 (тридцати) календарных дней со дня ее получения, за исключением случаев, когда иной срок установлен Законом Российской Федерации от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

В случае если возникший спор не будет урегулирован путем переговоров или в претензионном порядке в указанный срок, либо ответ на претензию не получен, Стороны, передают спор на рассмотрение в суд в соответствии с подведомственностью и подсудностью, установленными законодательством Российской Федерации.

6.4. Настоящий Договор может быть досрочно расторгнут по соглашению Сторон, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

6.5. Заказчик вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время при условии оплаты Исполнителю стоимости фактически оказанных медицинских услуг и возмещения фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору. Исполнитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора в случаях и в порядке, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

6.6. В случае, невозможности исполнения обязательств по настоящему Договору, возникшей вследствие действий (бездействия) Заказчика, в том числе вследствие совершения Заказчиком действий (бездействия), исключающих возможность качественного и безопасного оказания медицинских услуг, грубого нарушения Заказчиком правил внутреннего распорядка Исполнителя, либо при выявлении у Заказчика абсолютных медицинских противопоказаний, делающих оказание услуг невозможным или несущим неоправданный риск для его жизни и здоровья, обязательства Исполнителя прекращаются.

Исполнитель уведомляет Заказчика о прекращении обязательств по настоящему Договору путем направления заказного (ценного) письма с описью вложения и уведомлением о вручении по адресу Заказчика, указанному в разделе 8 настоящего Договора. Стороны признают направление дублирующего уведомления по каналам электронной связи (СМС-сообщения, мессенджеры, электронная почта), указанным в разделе 8 Договора, надлежащим и достаточным способом оперативного извещения Заказчика.

6.7. В случае расхождения условий Договора с условиями Приложения к договору, преимущественную юридическую силу имеют условия, изложенные в соответствующем Приложении к договору.

6.8. Все дополнительные соглашения Сторон, акты, планы лечения и иные Приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении Договора, являются его неотъемлемой частью и считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме.

6.9. Заказчик признает равную юридическую силу собственноручной и факсимильной подписи (штампа-факсимиле) лица, имеющего право действовать без доверенности от имени Исполнителя, на настоящем Договоре, а также на документах, связанных с исполнением настоящего Договора.

6.10. Настоящий договор составлен в письменной форме, на русском языке, в двух идентичных экземплярах имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Подписывая настоящий Договор Заказчик подтверждает, что ознакомлен с прейскурантом медицинских услуг Исполнителя.

7.2. Медицинские услуги оказываются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от 31.07.2023 № Л041-01126-23/00667213, выданной Министерством здравоохранения Краснодарского края. Услуги оказываются по адресам мест осуществления лицензируемых видов медицинской деятельности Исполнителя: -353320, Краснодарский край, Абинский район, г. Абинск, ул. Советов, д.21Б; -353320, Краснодарский край, Абинский район, г. Абинск, ул. Советов, д. 43Г. В соответствии с указанной лицензией Исполнитель выполняет следующие виды работ и услуг: при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, стоматологии профилактической, анестезиологии и реаниматологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: ортодонтии, рентгенологии, стоматологии детской, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии,

кардиологии, колопроктологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, хирургии, эндоскопии; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности.

7.3. Адрес места оказания медицинских услуг, их точный перечень, объем, стоимость и сроки предоставления определяются Сторонами в Приложениях к настоящему Договору, которые оформляются при обращении Заказчика, подписываются обеими Сторонами и являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель:

ООО «Клиника Выздоровления»
ОГРН 1232300019060
ИНН 2376005980
КПП 230801001
Юридический адрес:
350047, Краснодарский край, г. Краснодар,
ул. Красных Партизан, д.30, помещ. 518
Почтовый адрес:
353320, Краснодарский край,
г. Абинск, ул. Советов, д.43Г
Банковские реквизиты:
КРАСНОДАРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ №8619
ПАО СБЕРБАНК г. Краснодар
БИК 040349602
к/с 30101810100000000602
р/с 40702810630000053113
контактный номер телефона:
+7(861) 200-26-02
e-mail: kv-abinsk@ya.ru
Адрес официального сайта в сети «Интернет»:
<https://klinika-vyzdorovlenia.ru>

Исполнитель:

Генеральный директор

/ Я.С. Умудумов

(подпись/расшифровка подписи)

Заказчик:

_____ (Ф.И.О.)

Адрес места постоянной регистрации:

Адрес места жительства (почтовый адрес):

Данные документа, удостоверяющего личность:

контактный номер телефона:

e-mail:(при наличии):

Заказчик:

/

(подпись/расшифровка подписи)

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
дата рождения _____,
зарегистрированный(ая) по адресу: _____,
(указать адрес места постоянной регистрации)
проживающий(ая) по адресу: _____,
(указывается в случае проживания не по месту постоянной регистрации)

даю своё информированное добровольное согласие на все виды медицинских вмешательств в отношении меня, 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 23.04.2012 № 390н (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), в Обществе с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060 .

Медицинским работником _____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 ч.9 ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с п. 5 ч. 5 ст. 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти:

_____ +7 (_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный номер телефона)

_____ +7(_____) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный номер телефона)

_____ +7(_____) _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, контактный номер телефона)

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)
(подпись)

« _____ » _____ 20__ г.
(дата оформления)

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, _____, дата рождения _____,
(ФИО (при наличии) полностью субъекта персональных данных)

документ, удостоверяющий личность: *(наименование, серия, номер, дата выдачи, выдавший орган, код подр.)*

зарегистрированный(ая) по адресу: _____,

проживающий(ая) по адресу: _____,

руководствуясь ст. ст. 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», свободно, по своей воле и в своем интересе, даю свое конкретное, предметное, информированное, сознательное и однозначное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060 (далее-Оператор) на обработку моих персональных данных, в целях: оказания мне медицинских (в том числе стоматологических) услуг в объеме, предусмотренном договором об оказании платных медицинских услуг, включая первичные и повторные приемы, диагностические исследования (в том числе рентгенологические, КТ, лабораторные анализы и т.п.), лечебные и профилактические манипуляции, хирургические и иные медицинские вмешательства; установления предварительного и окончательного диагноза, определения показаний и противопоказаний к медицинским вмешательствам; планирования и контроля качества лечения, составления и корректировки плана лечения, ведения медицинской документации (в том числе в электронном виде); организации взаимодействия между медицинскими и вспомогательными подразделениями Оператора (такими как регистратура, кабинеты врачей, кабинеты инструментальных исследований, лаборатории, бухгалтерия) для исполнения договора оказания платных медицинских услуг; передачи сведений в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) в случаях и порядке, установленных действующим законодательством РФ; исполнения требований действующего законодательства РФ, включая учет, отчетность, контроль качества и безопасности медицинской деятельности, а также предоставление сведений по запросам уполномоченных органов (в пределах полномочий таких органов); идентификации субъекта персональных данных и обеспечения связи с ним (в том числе путем звонков по телефону, направления СМС-сообщений, сообщений в мессенджерах, электронных писем на адрес электронной почты) для согласования даты и времени приема, уведомления об изменениях в расписании, информирования о готовности результатов исследований и иных вопросов, непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг.

Перечень персональных данных, которые я разрешаю обрабатывать в объеме, необходимом для достижения указанных целей: фамилия, имя, отчество (при наличии); пол; дата рождения; адрес места регистрации; адрес фактического проживания; контактный номер телефона (при наличии); адрес электронной почты (при наличии); номер основного документа, удостоверяющего личность; дата выдачи указанного документа и сведения о выдавшем его органе; страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии); сведения о состоянии здоровья, в том числе наличии заболевания, диагнозе; сведения о случаях обращения за медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях; иные сведения, полученные при обследовании и лечении.

Я предоставляю Оператору право осуществлять с указанными персональными данными необходимые действия (операции) или совокупность действий (операций), включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление и уничтожение, за исключением распространения указанных персональных данных. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные автоматизированным способом, включая обработку в информационных системах, без использования средств автоматизации, в том числе на бумажных носителях, а также смешанным способом.

Я соглашаюсь с тем, что Оператор вправе привлекать для выполнения вышеуказанных полномочий по обработке (включая автоматизированную обработку) и хранению персональных данных третьих лиц (подрядчиков, IT-провайдеров, медицинские лаборатории) без дополнительного согласия субъекта персональных данных, исключительно в целях и объеме, необходимых для оказания мне медицинских услуг и ведения медицинской документации, при условии, соблюдения указанными лицами требований действующего законодательства РФ о защите персональных данных и врачебной тайне.

Данное согласие действует с момента подписания и до достижения целей обработки персональных данных или в течение сроков хранения информации, установленных действующим законодательством Российской Федерации для медицинской документации.

Настоящее согласие может быть отозвано субъектом персональных данных полностью или частично, путем подачи Оператору письменного заявления. В случае получения письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязуется прекратить их обработку в порядке и сроки, установленные Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

« _____ » 20 ____ г.
(дата оформления согласия)

_____/_____
(подпись субъекта персональных данных) ФИО (при наличии)

СОГЛАСИЕ
на передачу данных в
Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)

Я, _____, дата рождения: _____ г., адрес места постоянной регистрации: _____, фактический адрес места жительства (почтовый адрес): _____, данные документа, удостоверяющего личность: *наименование* серия _____ номер _____, выдан _____ кем _____, _____ когда _____; код подразделения _____, страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

(указывается СНИЛС субъекта данных (пациента))

руководствуясь Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 09.02.2022 № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения», настоящим ДАЮ / НЕ ДАЮ своей волей и в *(нужное подчеркнуть или обвести)*

своим интересом свое добровольное согласие Обществу с ограниченной ответственностью «Клиника Выздоровления» ОГРН 1232300019060, на передачу моих данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), в том числе данных о: фамилии, имени, отчестве; поле; возрасте; дате рождения; адресе места регистрации/ проживания/ почтовом адресе; документе удостоверяющем личность; СНИЛС; контактном номере телефона; иных сведений необходимых для идентификации в системе и обеспечения доступа к электронной медицинской истории, в том числе: сведений о предоставленных медицинских услугах; сведений о заболеваниях (состояниях); сведений о консультациях и заключениях специалистов; сведений о назначенных процедурах и лекарственных препаратах; сведений об оказанной медицинской помощи; сведений о проведенных операциях; выписок из медицинской документации; сведений о предварительных и периодических медицинских осмотрах и обследованиях; результаты обследований, исследований. Иных сведений федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Данные передаются с целью обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, а также для взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва, либо на срок хранения медицинской документации, установленный действующим законодательством Российской Федерации.

Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления оператору.

« _____ » 20 ____ г.
(дата оформления согласия)

(подпись субъекта данных)

СОГЛАСИЕ
на получение медицинской документации
по открытым каналам связи

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) полностью)
дата рождения _____, документ удостоверяющий личность _____,
серия _____, номер _____, кем /когда выдан _____,
адрес места регистрации: _____,
фактический адрес места жительства (почтовый адрес): _____,
руководствуясь Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю своей волей и в своем интересе свое добровольное информированное согласие ООО «Клиника Выздоровления» (ОГРН 1232300019060) на отправку мне заключений специалистов, результатов лабораторных, инструментальных и иных исследований, а также иных документов, сформированных в ходе оказания мне платных медицинских услуг, по указанному мной адресу электронной почты: _____,

(адрес электронной почты)

и/или в виде сообщений в мессенджерах, использующих информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, по указанному мной контактному номеру телефона: _____.

(указать номер телефона и наименование предпочтительного к использованию мессенджера)

Подписывая данное согласие:

-Я проинформирован(а), что электронная почта, мессенджеры, использующие информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, являются открытыми источниками информации и незащищенными открытыми каналами связи. За несанкционированный доступ третьих лиц к моему электронному почтовому ящику и мессенджерам, использующим информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, а равно и за доступ к моим персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну, и утечку информации, оператор данных - ООО «Клиника Выздоровления», ответственности не несет. Настоящим принимаю на себя ответственность и все риски, связанные с несанкционированным доступом третьих лиц к моему электронному почтовому ящику и мессенджерам, использующим информационно-телекоммуникационную сеть Интернет.

-Я проинформирован(а) о том, что получение результатов лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований, а также консультаций специалистов, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 27.07.2016 № 152-ФЗ «О персональных данных» относятся к сведениям, составляющим врачебную тайну.

-Я уведомлен(а) о том, что результаты некоторых видов анализов выдаются только медицинским персоналом при личном обращении пациента и не могут быть отправлены по электронной почте и /или по мессенджерам, использующим информационно-телекоммуникационную сеть Интернет.

-Я проинформирован(а), что вправе указать любой номер мобильного телефона любого оператора сотовой связи, действующего на территории Российской Федерации.

-Я подтверждаю, что по указанному мною в настоящем согласии номеру мобильного телефона отсутствует блокировка на входящие СМС-сообщения с коротких номеров и буквенных адресатов.

-Я подтверждаю, что указанные мной в настоящем согласии адрес электронной почты и номер мобильного телефона являются актуальными и принадлежат мне.

-Я проинформирован(а) о необходимости извещения ООО «Клиника Выздоровления» об изменении, указанных в данном согласии, адреса электронной почты и номера мобильного телефона, либо утраты доступа к ним. До получения оператором данных такого уведомления все сообщения и документы, направленные по указанным выше реквизитам, признаются направленными надлежащим образом и полученными мной.

-Я сохраняю за собой право отозвать свое согласие на получение результатов медицинских анализов и медицинских обследований по открытым каналам связи (по электронной почте) и /или мессенджером, использующим информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, полностью или частично, путем подачи письменного заявления оператору данных.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва, либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством Российской Федерации.

« _____ » _____ 20__ года_
(дата)

_____ / _____ ФИО пациента полностью_
(подпись)

*Отправка результатов анализов по электронной почте и /или мессенджером, использующим информационно-телекоммуникационную сеть Интернет, осуществляется ООО «Клиника Выздоровления» исключительно при наличии соответствующей технической возможности и с возможной задержкой от 1 до 4 рабочих дней по истечении срока выполнения исследования.