

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

_____ Заикин А.К.

_____.____.20____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ООО "ЦБМ и П"

Я, гражданин(ка) _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка _____, дата _____ г., документ, удостоверяющий личность, _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Своей подписью я подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг лицом, законным представителем которого я являюсь в ООО «ЦБМ и П» и прошу представителя ООО "ЦБМ и П" заключить договор на оказание платных медицинских услуг № _____ Дата _____ г.

Заказчик: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ подпись V _____

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

_____ Заикин А.К.

_____.____.20____ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА
НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ООО "ЦБМ и П"

Я, гражданин(ка) _____ ознакомился (ась) с «Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи в Хабаровском крае», об условиях и сроках получения бесплатной медицинской помощи информирован(а). Мне разъяснен порядок оказания бесплатной медицинской помощи. Я ознакомлен с тем, что могу получить аналогичную медицинскую помощь также в других медицинских организациях на других условиях. Своей подписью я подтверждаю свое согласие на получение платных медицинских услуг в в ООО «ЦБМ и П» и прошу представителя ООО "ЦБМ и П" заключить договор на оказание платных медицинских услуг № _____ Дата _____

Подпись V _____

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

_____ Заикин А.К.

_____.____.20____ г.

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № ____

____.____.20____ г.

г. Хабаровск

Общество с ограниченной ответственностью «Центр биотической медицины и профилактики» (ООО "ЦБМ и П"), зарегистрированное МИ ФНС № 6 по Хабаровскому краю (ОГРН 1122722008210; ИНН 2722116216/КПП 272201001; свидетельство о регистрации 27 № 001966812 от 03/10/2012 г.), адрес регистрации: 680000, Хабаровск, Амурский бульвар, д. 7, пом. I (26-33); адрес места нахождения совпадает с адресом регистрации; имеющее лицензию на медицинскую деятельность № ЛО-25-01-004654 от 17.05.2019 г. (выданную Департаментом здравоохранения Приморского края, расположенном по адресу: район «Центр», г. Владивосток, ул. Морская 1-я, 2 3-й этаж, оф. 330, тел. +7(423) 241-35-14), в соответствии с которой по адресу 680000, Хабаровск, Амурский бульвар, д. 7, пом. I (26-33) при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной, специализированной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, общей практике, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, кардиологии, косметологии, мануальной терапии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), психотерапии, ревматологии, эндокринологии; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности; именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице генерального директора - главного врача Заикина Алексея Константиновича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка _____, дата рождения _____ г., документ, удостоверяющий личность, _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, _____, проживающий(ая) по адресу: _____, именуемый(ая) в дальнейшем Пациент, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказывать Пациенту, медицинские услуги по перечню и в сроки, установленные в соответствие со Сметой на оказание платных медицинских услуг, являющейся Приложением к настоящему договору и неотъемлемой частью настоящего договора, а также в соответствии лицензией № ЛО-25-01- 004654 от 17.05.2019 г., а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором. 1.2. При оказании медицинских услуг Исполнителем будут применяться действующие на территории Российской Федерации стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи. 1.3. Оказание медицинских услуг будет осуществляться специалистами, информация о профессиональном образовании и квалификация которых указывается в Смете на оказание платных медицинских услуг, являющейся

Приложением к настоящему договору и неотъемлемой частью настоящего договора. 1.4. Подписывая настоящий договор Пациент подтверждает, что ему в доступной форме была разъяснена информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2. СТОИМОСТЬ УСЛУГ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ

2.1. Пациент оплачивает медицинские услуги в кассу Исполнителя по тарифам, действующим у Исполнителя на дату оказания услуги. В случае, если срок оказания услуг переносится по сравнению со сроками, указанными в договоре, услуги оплачиваются по ценам, действующим на момент оказания медицинских услуг. 2.2. Оплата медицинских (ой) услуг (и) производится наличными денежными средствами в кассу Исполнителя или банковской картой на безналичный счет Исполнителя. Срок оплаты: в день оказания медицинской услуги (медицинских услуг) до оказания медицинской услуги (медицинских услуг), если иное не предусмотрено дополнительным соглашением сторон. 2.3. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу или на расчётный счет Исполнителя. 2.4. По дополнительному соглашению сторон оплата за медицинские услуги может быть произведена за счет средств страховой компании. 2.5. Оплата услуг означает согласие Пациента на их оказание.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям. 3.2. Медицинские услуги оказываются в течение срока действия настоящего договора.

4. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

4.1. Права и обязанности Исполнителя: Исполнитель обязан: 4.1.1. Обеспечить оказание качественной и безопасной медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации. 4.1.2. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи. 4.1.3. Выдать Пациенту направление для прохождения услуг(и) с указанием сроков оказания услуг, места их оказания (кабинет по месту нахождения Исполнителя) и необходимыми рекомендациями по подготовке Пациента. 4.1.4. Выдать Пациенту документ строгой отчетности (кассовый чек), подтверждающий прием денежных средств от Пациента. 4.1.5. Предоставить квалифицированную, качественную медицинскую услугу Пациенту, в соответствии с утвержденными требованиями медицинского технологического стандарта. 4.1.6. Выдать по окончании оказания медицинской услуги Пациенту документы, содержащие информацию о результатах оказанных услуг. 4.1.7. В случае возникновения неотложных состояний у Пациента, Исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно. 4.1.8. Предоставить Пациенту бесплатную, доступную, достоверную информацию о предоставляемых услугах. 4.1.9. Предоставить Пациенту в доступной форме полную информацию 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. 4.1.10. Предупредить Пациента в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором. 4.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". 4.1.12. Права Исполнителя: при оказании платных медицинских услуг Исполнитель пользуется правами в соответствии с действующим законодательством. 4.2. Права и обязанности Пациента: Пациент обязан: 4.2.1. Предварительно в соответствии с настоящим договором оплатить стоимость медицинских услуг в кассу Исполнителя. В случае отсутствия оплаты после назначения услуг в регистратуре Исполнителя, Исполнитель вправе снять время оказания услуг в одностороннем порядке до момента повторного обращения Пациента и согласования новых сроков оказания услуг. 4.2.2. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Исполнителя). В случае выявления Исполнителем ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать

необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии); 4.2.3. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Пациент. 4.2.4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условиями ее предоставления, то есть подтвердить свое «Добровольное информированное согласие» на оказание услуги. Добровольное информированное согласие Пациента является неотъемлемой частью настоящего договора. В случае отказа Пациента от подтверждения добровольного информированного согласия на оказание услуги Исполнитель вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке. 4.2.5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации в соответствии с лечебно-охранительным режимом. Пациент имеет право: 4.2.6. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством. 4.2.7. Пациент имеет право отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств с возмещением Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания услуг.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

5.1. За нарушение прав Пациента Исполнитель несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством, в том числе законодательством о защите прав потребителей. 5.2. В случае оказания Пациенту медицинской услуги ненадлежащего качества, подтвержденного результатами врачебной экспертизы, Пациент имеет право: по личному заявлению оформить возврат денежных средств в кассе Исполнителя, безвозмездно (за счет Исполнителя) устранить недостатки оказанной услуги (повторно осуществить повторное оказание услуги) или привлечь Исполнителя к иным мерам ответственности в соответствии с действующим законодательством. 5.3. Пациент несет имущественную ответственность за причинение ущерба Исполнителю в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось следствием действий пациента. В этом случае пациент также обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки. 5.4. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Исполнителя, повлекшее за собой причинение ущерба Исполнителю, Пациент обязан возместить причиненные убытки. 5.5. За нарушение рекомендаций Исполнителя, отразившихся на ходе оказания услуги, либо делающее невозможным оказание услуги в установленные сторонами сроки, Пациент обязан возместить Исполнителю возникшие вследствие этого убытки.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. При необходимости изменения в договор вносятся по соглашению сторон и оформляются отдельным соглашением. 6.2. В случае отказа Пациента после заключения договора от получения медицинских услуг, денежные средства, внесенные в кассу Исполнителя, возвращаются Пациенту по первому требованию на основании заявления. 6.3. Исполнитель и пациент вправе в любое время расторгнуть настоящий договор. Пациент должен письменно уведомить Исполнителя о факте расторжения договора за 1 календарный день до даты прекращения действия договора. Исполнитель информирует Пациента о расторжении договора за 1 календарный день до даты прекращения договора путем направления уведомления по любым доступным каналам коммуникаций с Пациентом. При расторжении договора, по инициативе любой из сторон, Пациент оплачивает Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ, ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПО СОГЛАШЕНИЮ СТОРОН

7.1. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что ему было разъяснено право на получение медицинских услуг Исполнителя, входящих в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году, на безвозмездной основе. Также был разъяснен порядок оказания таких услуг, условия получения услуг Пациентом. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает свое согласие на отказ от получения медицинской услуги (если она включена в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Хабаровском крае в текущем году) на безвозмездной основе. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что перед оказанием услуг ему была предоставлена исчерпывающая информация о его заболевании (диагнозе), современных методах лечения, даны ответы на все интересующие вопросы. 7.2. Пациент дает Исполнителю 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», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. 7.3. Исполнитель в письменной форме уведомляет Заказчика 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 потребителя. 7.4. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента его расторжения по инициативе любой из сторон. 7.5. Споры и разногласия решаются в претензионном порядке, а в случае невозможности разрешения в - судебном порядке в суде общей юрисдикции в соответствии с действующим законодательством. 7.6. Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: по одному для каждой из сторон. Договор заключен на русском языке при полном понимании Сторонами условий и терминологии, предусмотренных Договором. 7.7. Стороны договорились об использовании факсимильного изображения подписи лица, заключающего настоящий договор от имени Исполнителя в настоящем договоре, и его Приложениях (сметах на оказание платных медицинских услуг, актах об оказании платных медицинских услуг, заявлениях и пр.). 7.8. Договор заключается сроком на 1 календарный год. В случае, если до истечения срока договора ни одна из сторон не уведомила другую сторону об отсутствии своего согласия на продление договора, то он автоматически пролонгируется на следующий календарный год на таких же условиях. Без ограничения количества таких пролонгаций.

ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ НА МОМЕНТ ЕГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ:

1. Уведомление о возможных последствиях несоблюдения назначений медицинских работников;
2. Согласие на обработку персональных данных;
3. Согласие на обработку биометрических данных;
4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
5. Смета на оказание медицинских услуг без номера от _____ и акт приема-передачи медицинских услуг в соответствии со сметой без номера от _____;

В рамках оказания медицинских услуг исполнителем по настоящему Договору может быть оформлено неограниченное количество Смет на оказание медицинских услуг и соответствующих им Актов приема-передачи медицинских услуг, являющихся неотъемлемыми Приложениями к настоящему Договору.

Исполнитель: ООО "ЦБМ и П" , г. Хабаровск, Амурский Бульвар 7, пом I (26-33) Генеральный директор - главный врач А. К. Заикин _____

Заказчик: _____

паспорт серии _____

Адрес: _____ Телефон: _____

подпись √ _____

Пациент: _____

Адрес: _____ Телефон: _____

Пациент: _____ (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет):

√ _____

к Договору на оказание платных медицинских услуг _____ г. No _____

УВЕДОМЛЕНИЕ ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ
(РЕКОМЕНДАЦИЙ) МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Я, гражданин(ка) _____, _____, действующий(ая) от имени и в интересах несовершеннолетнего ребенка _____ дата рождения _____, уведомлена о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках договора на оказание платных медицинских услуг No _____ от _____ между мной, несовершеннолетним ребенком _____ и ООО "ЦБМ и П" несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), оказывающего платную медицинскую услугу в соответствии со Сметой на оказание платных медицинских услуг, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследованиях, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Законный представитель:✓ _____

Пациент _____ (ставит подпись, если его возраст старше 15 лет):✓ _____

к Договору на оказание платных медицинских услуг _____ г. No _____

**УВЕДОМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА О ВОЗМОЖНЫХ
ПОСЛЕДСТВИЯХ НЕСОБЛЮДЕНИЯ НАЗНАЧЕНИЙ (РЕКОМЕНДАЦИЙ) МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Я, гражданин(ка) _____, _____, уведомлен(а) о том, что при оказании платной медицинской услуг(и) в рамках договора на оказание платных медицинских услуг No _____ от _____ между мной и ООО "ЦБМ и П", несоблюдение назначений (рекомендаций) исполнителя, врача (медицинского работника), оказывающего платную медицинскую услугу в соответствии со Сметой на оказание платных медицинских услуг, в том числе назначенного режима лечения, кратности, дозировок, сроков приема лекарственных препаратов, назначенных лабораторных и инструментальных исследованиях, консультациях специалистов могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

Пациент _____ √ _____