

Уведомление об информировании до заключения договора

Я, нижеподписавшийся(ая), _____, _____ г.р., проживающий(ая) по адресу: _____, настоящим подтверждаю, что мне до заключения договора на предоставление платных медицинских услуг предоставлена в доступной форме информация о возможности 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 (далее – соответственно программа, территориальная программа). Я согласен(на) оплатить услугу, я получил(а) информацию о стоимости медицинского вмешательства, о правилах ее оплаты и документах, подтверждающих этот факт.

Я ознакомлен(а) с тем, что можно получить медицинскую помощь также в других медицинских организациях по месту жительства на других условиях. Получив у Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг, я согласен(на) на оказание платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить.

До подписания договора на предоставление платных медицинских услуг я ознакомлен(а) с преискурантом, действующим на дату заключения договора, с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736).

Подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель предоставил мне в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информацию о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Настоящим, я информирован(а) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя, 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 моем состоянии здоровья.

_____/_____.

ДОГОВОР № _____ от _____ 20__ г.
на предоставление платных медицинских услуг

Общество с ограниченной ответственностью «Карпов и К», ИНН 1901042262 ОГРН 1021900520630, адрес: Республика Хакасия, г. Абакан, ул. Чертыгашева, 59А, действующее в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности № Л041-01182-19/00363354 от 07.06.2019, срок действия бессрочно, выдана Министерством здравоохранения Республики Хакасия, г. Абакан, ул. Крылова, 72, тел. (3902)29-50-91

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, копия которой является частью настоящего договора (Приложение № 2) и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, на официальном сайте Исполнителя (karpov19.ru), а также в едином реестре лицензий, размещенном на официальном сайте Росздравнадзора (roszdravnadzor.gov.ru)

именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Генерального директора Карпова Александра Ивановича, действующего на основании Устава и:

(ФИО, адрес, № телефона, паспортные данные)

именуемый в дальнейшем Потребитель (Заказчик), с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности согласно преискуранту медицинских услуг, утвержденному в установленном порядке, а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1 (Акт предоставления платных медицинских услуг), являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.2. Основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором;

«исполнитель» - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителю в соответствии с Договором.

1.3. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории РФ, утвержденными в установленном порядке.

1.4. Подписав настоящий Договор, Потребитель (Заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

1.5. Настоящим договором не предусмотрено оказание медицинской помощи при наличии следующих сопутствующих заболеваний и связанных с ним осложнений: особо опасные инфекции; заболевания, связанные с последствиями радиоактивных и однотипных с ним облучений; онкологические заболевания; тяжелые соматические заболевания; психические заболевания; неотложные состояния, являющиеся компетенцией служб "скорой помощи", травмы всех видов; прочие аналогичные заболевания.

1.6. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора:

1.6.1. Дата и время (сроки) оказания медицинских услуг определяются, как правило, заблаговременно, в результате их согласования между Исполнителем и Потребителем (Заказчиком), как при их личном визите, так и по телефону. При согласовании сроков оказания медицинских услуг Исполнитель исходит из графика работы и занятости врачей-специалистов медицинской организации.

1.6.2. В случае изменения срока оказания медицинских услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) (Приложение № 3).

2. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ

2.1. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю согласно п. 1.1. настоящего Договора, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг и составляет сумму, обозначенную в акте предоставления платных медицинских услуг.

2.2. Потребитель осуществляет 100% предоплату медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору безналичным платежом или наличными денежными средствами путем внесения в кассу Исполнителя, а Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

2.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза, путем подписания дополнительного соглашения, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора. Без согласия Потребителя, Исполнитель не имеет права предоставлять дополнительные платные медицинские услуги по настоящему Договору. Потребитель осуществляет доплату в порядке, предусмотренном в пп. 2.2, настоящего договора.

2.4. В случае досрочного расторжения настоящего договора по желанию Потребителя, внесенная им плата возвращается за вычетом стоимости уже оказанных Исполнителем услуг, в соответствии с главой III Закона Российской Федерации «О защите прав потребителей».

2.5. После возврата стоимости услуг настоящий договор считается расторгнутым по соглашению сторон.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Обеспечивать предоставление медицинских услуг с использованием методов, разрешенных на территории РФ.

3.1.2. Предоставлять Потребителю по его просьбе требуемую действующим законодательством информацию, в т.ч. копии медицинской документации (выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы

3.1.3. Получить предварительное информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

3.1.4. Оказать предусмотренные настоящим договором медицинские услуги в течение месяца со дня заключения договора, если стороны не договорились об ином сроке.

3.1.5. Вести медицинскую документацию и отчетность, касающуюся состояния здоровья Потребителя, в установленном законодательством РФ порядке. Хранить медицинскую отчетность, касающуюся состояния здоровья Заказчика, в установленные законом и нормативными актами порядке и сроки.

3.1.6. Соблюдать врачебную тайну (за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Получать от Потребителя информацию и медицинскую документацию, необходимую для качественного оказания медицинских услуг по настоящему договору.

3.2.2. Требовать от Потребителя определенного поведения, обеспечивающего качественное предоставление медицинских услуг, согласно правилам внутреннего распорядка клиники.

3.2.3. Оказывать медицинские услуги только после выполнения Потребителем условий раздела 2 настоящего договора.

3.2.4. При невыполнении условий пп. 3.3.1. и 3.3.2. настоящего договора Исполнитель вправе отказать Потребителю в предоставлении услуг.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Оплатить предоставляемые услуги в соответствии с условиями раздела 2 настоящего договора.

3.3.2. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности, выполнять требования лечащего врача и правила внутреннего распорядка клиники (правила поведения), обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимой информации и предоставление необходимой медицинской документации. Правила размещены на информационном стенде и на сайте медицинской организации.

3.4. Потребитель вправе:

3.4.1. Требовать от Исполнителя предоставления медицинских услуг надлежащего качества.

3.4.2. Требовать от Исполнителя предоставления информации об оказываемых им платных услугах, а также копий медицинской документации.

3.4.3. Требовать соблюдения Исполнителем сроков предоставления медицинских услуг, оказываемых по данному договору.

3.4.5. В целях защиты прав потребителя Исполнитель по обращению Потребителя выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя (Заказчика) на оказанные услуги:

а) копия договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);

- б) справка об оплате медицинских услуг по установленной форме;
- в) рецептурный бланк, заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации;
- г) документы установленного образца, подтверждающие оплату оказанных услуг (кассовый чек).

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.
- 4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Стороны освобождаются от ответственности за исполнение обязательств в случае форс-мажорных обстоятельств.

5. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует в течение одного календарного месяца с момента подписания на основании п. 3.1.4.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Изменения и дополнения к настоящему договору оформляются дополнительным соглашением Сторон.
- 6.2. Настоящий договор может быть расторгнут в одностороннем порядке по инициативе Исполнителя в следующих случаях:
 - 6.2.1. При нарушении Потребителем порядка и сроков оплаты услуг;
 - 6.2.2. При несоблюдении (нарушении) Потребителем предписаний, требований, назначений, рекомендаций медицинского персонала Исполнителя, когда такое поведение Потребителя затрудняет Исполнителю надлежащее выполнение своих обязанностей по договору и создает угрозу для благополучного исхода лечения. При этом стоимость фактически оказанных услуг не возвращается, а Исполнитель не несет ответственности за возможное ухудшение состояния здоровья пациента;
 - 6.2.3. При нарушении Потребителем правил внутреннего распорядка (правил поведения), неуважительного поведения в отношении персонала Исполнителя;
 - 6.2.4. При выявлении заболеваний, лечение которых должно осуществляться в условиях специализированного медицинского учреждения;
 - 6.2.5. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей», вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения настоящего договора в случае, если Потребитель будет уведомлен о необходимости проведения дополнительных исследований, консультаций, иных услуг, а также о том, что его отказ приведет к невозможности качественного оказания услуги, однако не изменил своего решения относительно данных рекомендаций. При этом Исполнитель вправе отказаться от предоставления услуг Потребителю в дальнейшем, не ограничиваясь настоящим договором.
- 6.3. Споры, возникшие у сторон в связи с исполнением данного договора, при не достижении ими соглашения, разрешаются в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 7.1. Договор, составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой Стороны. В случае, если настоящий Договор заключается между Исполнителем и Заказчиком в пользу Потребителя, то настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй у Заказчика, третий у Потребителя.
- 7.2. Неотъемлемые части Договора:
 - Акт предоставления платных медицинских услуг (перечень медицинских услуг) (Приложение № 1);
 - Выписка из реестра лицензий (Приложение № 2);
 - Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно пр.2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н (Приложение № 3);
 - Согласие пациента на обработку персональных данных (Приложение № 4).
- 7.3. С момента заключения настоящего договора, все ранее заключенные договоры между Потребителем и Исполнителем считать расторгнутыми по соглашению сторон.

Фамилия И.О.Потребителя (Заказчика) _____ Подпись _____ Дата _____

Исполнитель ООО «Карпов и К» Карпов А.И. Подпись _____ Дата _____

АКТ
предоставления платных медицинских услуг

ООО "Карпов и К"

Отделение _____

Врач _____, специализация _____

Медперсонал _____

Настоящий акт составлен на основании договора № _____ от _____ 20__ г. Исполнитель оказал Потребителю (Заказчику) _____ следующие медицинские услуги:

№	Наименование	Ед.изм.	Кол-во	Стоимость	Примечание
1					
Итого:					

Итого на сумму: ____ руб. (_____ рублей 00 копеек)

Все вышеуказанные услуги оказаны полностью, претензий к качеству и количеству оказанных Исполнителем услуг Потребитель (Заказчик) не имеет.

Потребитель (Заказчик) _____ Фамилия И.О.

Исполнитель _____ Фамилия И.О.
(подпись и расшифровка мед. регистратора)

МП

Выписка из реестра лицензий

(сформирована на интернет-портале Росздравнадзора)

1. Статус лицензии: действует;
2. Регистрационный номер лицензии: **Л1041-01182-19/00363354**;
3. Дата предоставления лицензии: **07.06.2019**;
4. Срок действия: бессрочно
5. Лицензирующий орган: Министерство здравоохранения Республики Хакасия;
6. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование и организационно-правовая форма юридического лица, адрес его места нахождения, государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица:
Полное наименование – **Общество с ограниченной ответственностью «Карпов и К»**;
Сокращенное наименование – ООО «Карпов и К»;
Фирменное наименование – ООО «Карпов и К»;
ОПФ – Общество с ограниченной ответственностью;
Адрес места нахождения – 655017, Республика Хакасия, город Абакан, улица Чертыгашева, дом 59 «А»;
ОГРН – 1021900520630;
7. Идентификационный номер налогоплательщика: 1901042262;
8. Лицензируемый вид деятельности: **Медицинская деятельность** (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»);
9. Адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности с указанием выполняемых работ, оказываемых услуг, составляющих лицензируемый вид деятельности:
655017, Республика Хакасия, город Абакан, улица Чертыгашева, дом 59А
выполняемые работы, оказываемые услуги:
Приказ 866н;
При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):
при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
акушерскому делу;
лабораторной диагностике;
медицинской микробиологии;
медицинскому массажу;
рентгенологии;
сестринскому делу;
сестринскому делу в косметологии;
физиотерапии;
функциональной диагностике;
при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
педиатрии;
терапии;
при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по:
акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности);
аллергологии и иммунологии;
гастроэнтерологии;
дерматовенерологии;
детской кардиологии;
инфекционным болезням;
кардиологии;
клинической лабораторной диагностике;
косметологии;
мануальной терапии;
неврологии;
нефрологии;
онкологии;
организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации);
офтальмологии;
профпатологии;
психиатрии;
психиатрии-наркологии;
пульмонологии;
ревматологии;
рентгенологии;
стоматологии терапевтической;
травматологии и ортопедии;
ультразвуковой диагностике;
урологии;
физиотерапии;
функциональной диагностике;
хирургии;
эндокринологии;
При проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:
экспертизе временной нетрудоспособности;
экспертизе качества медицинской помощи;
экспертизе профессиональной пригодности;
При проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:
медицинским осмотрам (предварительным, периодическим);
При проведении медицинских освидетельствований организуются и выполняются следующие работы (услуги) по:
медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.
10. Номер и дата приказа (распоряжения) лицензирующего органа: № 80-л от 23.03.2022.

Выписка носит информационный характер, после ее составления в реестр лицензий могли быть внесены изменения.

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство согласно
пр. № 2 к приказу МЗ РФ от 12.11.2021 № 1051н

Я, _____ " " _____ г. р.,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя) (дата рождения гражданина либо законного представителя)

зарегистрированный по адресу: _____
(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении _____ " " _____ г. р.,
(ФИО (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем) (дата рождения пациента при подписании законным представителем)

проживающего по адресу: _____
(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи / получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в **Обществе с ограниченной ответственностью «Карпов и К» (ООО «Карпов и К»)**
(полное наименование медицинской организации)

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 частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

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

" " _____ 20__ г.
(дата оформления)

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу _____, паспорт _____ в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Карпов и К» (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора в интересах моего 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, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договорам ДМС, в том числе в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) РФ.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных 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.

Настоящее согласие дано мной «__» _____ 20__ г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных _____

Примечание: субъект персональных данных вправе отозвать данное согласие на обработку персональных данных путем подачи соответствующего письменного заявления главному врачу Оператора. При этом, в соответствии с п.2 ст.9 ФЗ от 27.07.06 № 152 ФЗ «О персональных данных», Оператор вправе продолжать обработку персональных данных без согласия субъекта персональных данных.