ДОГОВОР

на предоставление медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| г.о. Самара | «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. |

**ООО «Поволжский офтальмологический центр»,** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (адрес местонахождения: 443090, г. Самара, ул. Антонова-Овсеенко, д.59Б, комната №14; ОГРН 1176313027802 (присвоен 28.03.2017 г., инспекцией Федеральной налоговой службы по Красноглинскому району г. Самары); лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00335048 от 02.10.2019 года, выданная бессрочно Министерством здравоохранения Самарской области, расположенного по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; электронная почта: zdravso@samregion.ru, телефон для обращений граждан: (846) 333-00-16, перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинской оптике, медицинскому массажу, организации сестринского дела, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: дерматовенерологии, кардиологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, офтальмологии, функциональной диагностике, эндокринологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуется и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности, с одной стороны,

и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Потребитель», (если несовершеннолетний, в лице Заказчика\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,являющемся законным представителем Потребителя)с другой стороны, в дальнейшем совместно и по отдельности именуемые «Стороны» и «Сторона», соответственно, заключили настоящий договор на предоставление медицинских услуг о нижеследующем:

ПОНЯТИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НАСТОЯЩЕМ ДОГОВОРЕ

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Платные медицинские услуги (равно по договору «услуги», «медицинские услуги») - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

Потребитель - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Заказчиком также может быть юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Заказчик - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим Договором в пользу потребителя;

Исполнитель - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги Потребителям.

Прайс лист (равно по договору «прейскурант») – перечень наименований и цен на медицинские услуги, предоставляемые Исполнителем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель предоставляет Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности (далее – Услуги) согласно прейскуранту цен на Услуги (далее – прайс-лист), а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. Перечень и стоимость предоставления медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем Потребителю в рамках действия настоящего Договора, определяются из объемов лечения и устанавливается в соответствии с наименованием услуг и ценами на них, утвержденными в Прайс-листе Исполнителя, с которым Потребитель обязан ознакомиться до заключения настоящего Договора. Ознакомление с Прайс-листом возможно непосредственно по адресу предоставления услуг Исполнителя, а также на сайте www.zrenie100.ru.

1.3. Прайс-лист Исполнителя является неотъемлемой частью настоящего Договора, как если бы положения Прайс-листа были бы включены в текст настоящего Договора. Подписывая настоящий Договор Потребитель подтверждает, что он ознакомился с действующим Прайс-листом, с наименованием предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, а также их стоимостью.

1.4. Потребитель подтверждает, что при каждом последующем обращении к Исполнителю, в его обязанности перед предоставлением ему медицинской услуги входит предварительное ознакомление с актуальным Прайс-листом, с наименованием предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, а также их стоимостью.

1.5. Потребитель обязуется принимать и оплачивать Услуги в порядке, установленном настоящим договором, а также выполнять предусмотренные настоящим договором иные требования, обеспечивающие качественное предоставление Услуг.

1.6. До Потребителя доведена информация о том, что Исполнитель не оказывает услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Потребителю известно, что предоставляемые Исполнителем в рамках настоящего договора Услуги могут быть оказаны Потребителю в других медицинских учреждениях бесплатно в объеме и порядке, определяемом полисом обязательного медицинского страхования в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи в определенных для этого медицинских учреждениях. Потребитель подтверждает, что желает получить Услуги у Исполнителя и соглашается, что Услуги, предоставляемые Исполнителем в рамках настоящего договора, самостоятельно оплачиваются Потребителем в полном объеме.

1.7. На предоставление платных медицинских услуг составляется смета. Ее составление по требованию Потребителя или Исполнителя является обязательными, при этом она является неотъемлемой частью Договора.

2. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

2.1. Условия предоставления услуг, а также порядок их оплаты определяются на основании Правил оказания платных медицинских услуг физическим лицам, с которыми Потребитель может ознакомиться непосредственно по адресу предоставления услуг Исполнителя. Присоединяясь к настоящим Правилам и подписывая настоящий Договор, Потребитель подтверждает ознакомление с порядком, стоимостью и условиями предоставления медицинских услуг.

2.2. Исполнитель предоставляет Потребителю Услуги в объеме и сроки, согласованные Сторонами. Медицинские услуги оказываются в соответствии с режимом работы отдельных подразделений и специалистов Исполнителя.

2.2.1. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия потребителя и согласия на обработку персональных данных в порядке, установленного законодательством РФ.

2.3. Оказание услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи. Предварительная запись осуществляется Потребителем в регистратуре Исполнителя, или по телефону, или любым другим согласованным Сторонами способом.

2.4. В рамках настоящего договора Исполнитель осуществляет ведение соответствующей медицинской учетной документации и статистики, предусмотренной нормативно-правовыми актами и внутренними регламентами, и правилами Исполнителя, в том числе осуществляет обработку персональных данных Потребителей.

2.5. Потребитель подтверждает свое согласие на использование сведений, полученных при оказании Услуг по настоящему договору для научных исследований в качестве статистической информации (без раскрытия врачебной тайны).

Сроки предоставления услуг определяются датой и временем обращения Потребителя к Исполнителю в соответствии со ст. 190 Гражданского кодекса Российской Федерации, являются приблизительными и определяются Исполнителем самостоятельно в каждом отдельном случае. В случае длительного лечения, длящегося по времени более 24 (Двадцати четырех) часов предполагающего этапность и составления медицинского плана, приблизительные сроки фиксируются в плане лечения (медицинской карте пациента), либо в дополнительном соглашении к настоящему Договору и согласуются с Потребителем.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ИСПОЛНИТЕЛЯ

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю качественные Услуги в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ;

3.1.2. Соблюдать врачебную тайну.

3.1.3. Предоставить Потребителю/Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

3.1.3.1. Порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при их наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских Услуг, оказываемых по настоящему договору;

3.1.3.2. Информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

3.1.3.3. Полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

3.1.3.4. Иные сведения, относящиеся к предмету договора.

3.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором (приложениями к договору), в том числе у третьих лиц, исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика). Без согласия Потребителя (Заказчика) Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

3.1.5. Выдать Потребителю/Заказчику документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек).

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. Рекомендовать Потребителю (Заказчику) представить необходимые для оказания услуг медицинские документы, справки и исследования, а также организовать консультацию специалистами, находящимся в штате Исполнителя. В этом случае Исполнитель вправе приостановить исполнение договора и(или) увеличить на срок оказания услуг по договору на время, которое необходимо Потребителю для их предоставления. Требовать от Потребителя неуклонного исполнения всех предписаний, назначений и рекомендаций врача, занесенных в амбулаторную/стационарную карту Потребителя, а также соблюдения режима лечения, графика посещений, своевременной оплаты Услуг;

3.2.2. Устанавливать новый срок оказания услуг и/или переносить срок оказания медицинских услуг в следующих случаях: при изменении в состоянии здоровья Потребителя (острые инфекционные заболевания, повышенная температура и другие состояния, являющиеся противопоказанием к оказанию медицинских услуг либо препятствием для качественного оказания услуг); при отсутствии врача по уважительным причинам (по состоянию здоровья, в случаях командировок, переобучения, повышения квалификации и т. д.); в случае если Потребитель настаивает на определенном специалисте; в случае невыполнения Потребителем предписаний, назначений и рекомендаций врача, опоздания на прием к врачу более чем на 10 минут относительно предварительно согласованного времени приема врачом, явку не в назначенное время; при возникновении технических причин, препятствующих оказанию услуг и независящих от Исполнителя.

3.2.3. Прекратить или приостановить оказание Потребителю Услуг в случаях: просрочки оплаты услуг Потребителем(Заказчиком), употребления Потребителем лекарственных препаратов, не прописанных лечащим врачом; отказа Потребителя от проведения необходимых медицинских процедур; отказа Потребителя от дачи согласия на предлагаемое медицинское вмешательство или направления Исполнителю письменного отказа Потребителя от предлагаемого медицинского вмешательства; отказа от дачи согласия Потребителя на обработку персональных данных; причинение материального вреда имуществу Исполнителя; нарушения Потребителем режима лечения, графика посещений, невыполнения предписаний, назначений и рекомендаций лечащего врача, занесенных в амбулаторную / стационарную карту Потребителя; нарушения Правил поведения пациентов на территории клиники, утвержденных Исполнителем.

3.2.4. В случае возникновения соответствующих показаний в экстренном или плановом порядке направлять Потребителя с его согласия в другие медицинские организации.

3.2.5. Производить электронное, телефонное, в т.ч. sms-оповещение Потребителя по различным вопросам, связанным с оказанием Услуг, а также с графиком и порядком работы Исполнителя.

3.2.6. Предоставлять Потребителю результаты диагностических исследований посредством выдачи в соответствии с действующим законодательством РФ.

4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ПОТРЕБИТЕЛЯ

4.1. Потребитель обязан:

4.1.1. Оказывать содействие надлежащему исполнению договора: выполнять требования, обеспечивающие надлежащее предоставление платной медицинской услуги, включая сообщение необходимых для этого сведений. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях на лекарственные препараты, наличии опасных для общества заболеваниях и т.п., противопоказаниях для оказания услуг.

4.1.2. Пройти обследования и соблюдать все предписания, назначения и рекомендации в объеме и сроки, назначенные лечащим врачом.

4.1.3. Строго соблюдать режим лечения и график посещений; сообщать обо всех неожиданных переменах в состоянии здоровья.

4.1.4. В случае невозможности прибытия к назначенному времени к Исполнителю, предварительно (в срок, указанный Исполнителем при осуществлении записи на прием) согласовать с Исполнителем перенос времени посещения.

4.1.5. Своевременно и в полном объеме оплатить Услуги Исполнителя согласно настоящему договору.

4.1.6. Предоставить, в случае запроса Исполнителя документы, подтверждающие право- дееспособность Потребителя (Заказчика).

4.1.7. Перед предоставлением медицинской услуги Потребитель обязан предварительно ознакомиться с актуальным Прайс-листом, с наименованием предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, а также их стоимостью.

4.1.8. Неукоснительно соблюдать Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг, Правила оказания медицинских услуг, Правила поведения пациентов на территории клиники, иные локальные акты, утвержденные Исполнителем, законодательно-нормативные акты в области здравоохранения, защиты прав потребителей, пожарной безопасности, электробезопасности.

4.1.9. Обеспечить сохранность имущества Исполнителя и третьих лиц на территории медицинской организации.

4.1.10. Соблюдать внутренний режим нахождения в медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

4.1.11. После предоставления услуг (в день окончания предоставления услуг) подписать Акт оказанных услуг. Одновременно с подписанием указанного Акта Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику) рекомендации Исполнителя о действиях, которые следует совершать после предоставления услуги. Подписанием Акта оказанных услуг Потребитель (Заказчик) подтверждает, что получили указанные рекомендации.

Если Потребитель (Заказчик) отказывается от подписания указанного Акта, Исполнитель оформляет Акт оказанных услуг со своей стороны в одностороннем порядке и письменно направляет Акт Потребителю (Заказчику) для подписания и возврата второго экземпляра обратно Исполнителю. В данном случае услуга считается оказанной со дня направления Исполнителем Потребителю (Заказчику) акта оказанных услуг.

4.1.12. При возникновении обстоятельств, препятствующих посещение врача в соответствии с предварительно согласованным графиком приема, Потребитель обязан предупредить Исполнителя не позднее чем за два часа до соответствующего времени приема, либо если прием осуществляется утром в ранние часы предупредить вечером предыдущего дня по телефону 8(846)991-90-91 о невозможности явки на прием к врачу. В этом случае Исполнитель и Потребитель согласовывают по телефону уточненную дату и время приема врачом.

Если Потребитель (Заказчик) несмотря на указанное предупреждение, явился на прием к врачу в соответствии с предварительно согласованным графиком приема, а равно в случае, если Потребитель не исполнил указанную обязанность и не явился на прием к врачу или опоздал на прием к врачу более чем на 10 минут, то Потребитель несет риск неблагоприятных последствий, связанных с отказом приема и необходимостью согласования нового (уточненного) графика приема в соответствии с режимом рабочего времени врача.

4.2. Потребитель вправе:

4.2.1. Требовать предоставления Услуг надлежащего качества.

4.2.2. Требовать предоставления информации, предусмотренной законодательством о защите прав потребителей и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг;

4.2.3. Пользоваться правами, предусмотренными 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

4.2.4. Получать от Исполнителя медицинские документы и сведения из своей амбулаторной/стационарной карты в соответствии с порядком и условиями, установленными Исполнителем;

4.2.5. Отказаться от получения услуг до момента начала их оказания и потребовать возврата уплаченных денежных средств, с возмещением Исполнителю фактически понесенных затрат, связанных с подготовкой оказания услуг, в частности с приобретением материалов, необходимых для оказания услуг.

4.2.6. Запрашивать от Исполнителя предоставления результатов своих диагностических исследований. Выдача указанных результатов осуществляется в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Оплата Услуг по настоящему договору осуществляется Потребителем в полном объеме с его согласия в порядке авансирования при заключении договора/соглашений к договору и/или в течение дня принятия Услуг Потребителем.

5.2. Оплата может быть произведена как безналичным способом на расчетный счет Исполнителя, так и наличным способом в кассу Исполнителя.

5.3. В случае, когда невозможность предоставления Услуг возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель оплачивает Исполнителю стоимость фактически предоставленных Услуг.

Возврат уплаченных Потребителем денежных средств в случаях частичного оказания/неоказания Услуг по настоящему договору производится Исполнителем за вычетом стоимости понесенных расходов на основании письменного заявления Потребителя, при предъявлении паспорта (иного документа, удостоверяющего личность) Потребителя и кассового(ых) чека(ов), подтверждающего уплату Потребителем Исполнителю денежных средств. Потребитель уполномочивает Исполнителя на осуществление возврата излишне уплаченных денежных средств доверенному лицу Потребителя - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., паспортные данные), в случаях осуществления доверенным лицом Потребителя всех действий, указанных в п. 5.3. настоящего договора.

5.4. Потребитель вправе приобрести курс медицинских услуг (программу, абонемент) по стоимости, утвержденной в прайс-листе, утвержденном Исполнителем. Стороны согласовали, что стоимость услуги в составе курса медицинских услуг может отличатся от стоимости отдельной услуги в Прайс-листе, указанная разница является скидкой и предоставляется Потребителю только при покупке курса (программы, абонемента) в полном объеме. В случае прерывания Потребителем курса приобретённых услуг, ему возмещается стоимость услуг, которые не были предоставлены Исполнителем, при этом возмещению подлежит разница между оплаченной Потребителем стоимостью курса услуг и стоимостью фактически оказанных Исполнителем услуг, которая рассчитывается исходя из цены, установленной в прайс-листе, действующем на момент приобретения курса услуг, за одну отдельную процедуру (1 сеанс услуги). В случае, если стоимость фактически оказанных Исполнителем услуг (рассчитанная по Прайс-листу без скидки) превышает стоимость курса услуг, такая разница подлежит возмещению Потребителем.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение и/или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в соответствии с настоящим договором и действующим законодательством РФ.

6.2. Исполнитель при наличии вины (Исполнителя и/или ее работников) несет ответственность за несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, а также от возмещения Потребителю убытков при нарушении Потребителем обязательств, предусмотренных п. 4.1 настоящего договора.

6.4. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору в случае обращения Потребителя во время действия настоящего договора в другие медицинские организации (к другим медицинским специалистам) для оказания каких-либо медицинских услуг без предоставления Исполнителю об этом соответствующей информации.

6.5. Потребитель (Заказчик) обязан полностью возместить Исполнителю понесенные убытки, если Исполнитель не смог оказать услугу и(или) был вынужден перенести ее оказание, и (или) прекратить ее оказание по вине Потребителя (Заказчика).

6.6. Если Потребитель по факту предоставления медицинских услуг, указанных в настоящем Договоре, не предъявляет претензий к Исполнителю, услуга считается надлежащего качества и предоставленной в полном объеме.

6.7. При возникновении разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросам исполнения настоящего Договора, Стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров. При невозможности устранения разногласий между Сторонами, Потребитель или лицо, уполномоченное им на основании нотариально удостоверенной доверенности (Далее – представитель), имеет право направить письменную претензию в адрес Исполнителя заказным почтовым отправлением или передать лично под роспись уполномоченному представителю Исполнителя.

6.8. Исполнитель на основании претензии в течении 10 (Десяти) календарных дней с момента ее получения предоставляет Потребителю или его представителю ответ на претензию, в котором оповещает Потребителя или его представителя о дате проведения врачебной комиссии с его участием.

6.9. Врачебная комиссия выносит обоснованное решение не позднее 20 (Двадцати) рабочих дней с момента ее проведения. Решение врачебной комиссии оформляется протоколом, с которым Потребитель или его представитель вправе ознакомиться.

6.10. В случае несогласия с решением врачебной комиссии Потребитель вправе обратиться в суд по месту нахождения медицинской организации.

7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Потребитель, подписывая настоящий договор соглашается и понимает, что результат предоставления медицинской услуги почти всегда носит нематериальный характер и выражается в достижении определенного состояния, и так как действие биологических законов и процессов, затрагиваемых при медицинском вмешательстве, не подвластны ни абсолютному контролю, ни воле со стороны человека, то Исполнитель, по независящим как от него, так и от Потребителя причинам, не может гарантировать только лишь положительный результат предоставленной медицинской услуги. Даже при надлежащем выполнении обеими сторонами своих обязательств по Договору, применении самых результативных и зарекомендовавших себя достижений современной медицинской науки, результат предоставления медицинской услуги не является на 100 % прогнозируемым и может выражаться как в восстановлении, улучшении, так и в отсутствии каких-либо изменений и даже ухудшений патологических процессов.

7.2. Потребитель (Заказчик) согласен с тем, что в помещении Исполнителя проводятся видеосъёмка с видео- и аудиозаписью в антитеррористических целях, в целях обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, в том числе для безопасности персонала, а также безопасности прав пациентов при оказании медицинских услуг, в том числе для фиксации сложных клинических случаев и протоколирования медицинских вмешательств, путем установления видеокамер со звукозаписывающими устройствами. Исполнитель гарантирует Потребителю (Заказчику), что видео- и аудиозаписи, сделанные на территории Исполнителя, не подлежат разглашению, размещению, использованию и передачи третьим лицам. Хранение аудио- и видеоматериала осуществляется только на территории Исполнителя на специальных электронных носителях с ограниченным кругом доступа.

7.3. Потребитель согласен на получение услуг, превышающих объем стандартов лечения.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И ПОДПИСИ СТОРОН

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х (двух) подлинных экземплярах на русском языке, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

8.2. Договор вступает в юридическую силу с момента подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

8.3. Все изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены путем заключения Сторонами дополнительного соглашения, которое с момента подписания будет являться неотъемлемой частью настоящего договора.

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель:  Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский офтальмологический центр»  ИНН/КПП 6318024460/631801001  ОГРН 1176313027802  Юридический адрес: 443090, г. Самара,  ул. Антонова-Овсеенко, д.59Б,  Телефон 8 (846) 991-90-91  Р/с 40702810003000025933  К/с 30101810700000000803  БИК 042202803  ПАО «Промсвязьбанк» ОО №41 «Демократический»  Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  М.П. | Потребитель:  Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**УВЕДОМЛЕНИЕ**

Во исполнение требований Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» Общество с ограниченной ответственностью «Поволжский офтальмологический центр» (лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01184-63/00335048 02.10.2019 года, выданная бессрочно Министерством здравоохранения Самарской области расположенного по адресу: 443020, г. Самара, ул. Ленинская, 73; электронная почта: zdravso@samregion.ru, телефон для обращений граждан: (846) 333-00-16), именуемая в договорах оказания услуг как Исполнитель, уведомляет Потребителя (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.

Потребитель уведомлен о том, что может возникнуть необходимость в проведении дополнительных медицинских вмешательств для обеспечения безопасности и качества медицинских услуг. Перечень дополнительных услуг согласовывается с Пациентом и указывается в смете.

Личная подпись потребителя (Заказчика), подтверждающая факт ознакомления с настоящим уведомлением

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Подпись Расшифровка подписи

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (фамилия, имя, отчество полностью)  г. р.  зарегистрирован(а) по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| Представляющий интересы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ребенка, представляемого лица)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (родителя, опекуна, законного представителя, иное)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (реквизиты доверенности, иного документа представителя пациента)  Проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата выдачи паспорта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | |
|  |  |  |

В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и статьи 13 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011г. N 323-ФЗ с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинской помощи, а также в целях организации внутреннего учета Клиники и предоставления различной отчетности в организации, касающиеся медицинской деятельности даю согласие на обработку ООО «Поволжский офтальмологический центр» (далее - Клиника) *моих персональных данных (данных ребенка, представляемого лица).*

Перечень персональных данных пациента, представителя пациента на обработку которых дается согласие: фамилия, имя, пол, дата рождения, номер основного документа, удостоверяющего его личность, сведения о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, реквизиты доверенности или иного документа представителя пациента, номер полиса ДМС, контактные телефоны, место жительства, биометрические и другие персональные данные (в том числе о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличие инвалидности и иные сведения), полученные Клиникой при оказании медицинской помощи.

*Настоящим, предоставляю Клинике право осуществлять следующие действия (операции) с персональными данными (с моими данными, данными моего ребенка, представляемого лица ):сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, предоставление (включая, но не ограничиваясь – передачу в страховые медицинские организации в рамках заключенных договоров, в т.ч. трансграничную передачу), обезличивание, блокирование, уничтожение (ненужное зачеркнуть), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.*

*Клиника вправе осуществлять обработку персональных данных. В случае моего несогласия на обработку моих персональных данных (данных ребенка, представляемого лица), Клиника имеет право не оказывать мне (данных моему ребенку, представляемому лицу) консультационные, медико-профилактические, лечебно-диагностические мероприятия.*

*Я ознакомлен (а) с Политикой ООО «Поволжский офтальмологический центр» в области обработки персональных данных.*

*Настоящее согласие заключается только при предъявлении документа, удостоверяющего личность, действует бессрочно. Данное согласие может быть отозвано мною путем направления в адрес Клиники соответствующего письменного документа (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Клиники.*

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ***(подпись)*** |  | ***(расшифровка подписи)*** |  | ***(дата заполнения)*** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **СОГЛАШЕНИЕ**  **о предоставлении сервисных услуг**  Я,   |  | | --- | | (фамилия, имя, отчество) |   03.07.1988 г. р.  **№ карты З-0052**  согласен получать следующие услуги клиники: | | | |
| №пп | Предлагаемые сервисные услуги | Отметка о согласии получать услугу | Подпись клиента |
| ***1.*** | *SMS напоминание о возможности получения результатов лабораторных исследований и уведомлений о записи на прием* |  |  |
| ***2.*** | *SMS-напоминание о записи на прием к специалисту, исследование* |  |  |
| ***3.*** | *Получение уведомлений о новых возможностях, акциях и новостях*  *Клиники* |  |  |

*Клиника не несет ответственность за неправильное указанный номер мобильного телефона или адрес электронной почты и соответственно за возможное использование третьими лицами доступа к Вашим личным данным.*

*Соглашение начинает действовать с даты подписания.*

*Данное соглашение может быть отозвано, путем направления в адрес ООО «Поволжский офтальмологический центр соответствующего письменного уведомления (заказное письмо с уведомлением о вручении) либо путем вручения лично под расписку уполномоченному представителю Клиники.*

*Личность лица, указанного выше, проверена, подпись поставлена в моем присутствии.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ***(подпись)*** |  | ***(расшифровка подписи)*** |  | ***(дата заполнения)*** |

Приложение № 2

Утверждено

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12 ноября 2021 г. N 1051н

**Информированное добровольное согласие**

**на медицинское вмешательство**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. рождения,

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

Зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

|  |
| --- |
| *Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:*  в отношении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)  "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата рождения пациента при подписании законным представителем)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (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. № 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 ООО «Поволжский офтальмологический центр»

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. № 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. № 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)

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

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

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(дата оформления)

Приложение к

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н  
"Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи"

**Перечень  
определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи**

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

2. Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.

3. Антропометрические исследования.

4. Термометрия.

5. Тонометрия.

6. Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций.

7. Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций.

8. Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы).

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

10. Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиогафия, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлуометрия, рэоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных).

11. Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, допплерографические исследования.

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

13. Медицинский массаж.

14. Лечебная физкультура.