



ДОГОВОР № _____
на оказание добровольных платных медицинских услуг

г. Белая Калитва

« ____ » _____ г.

Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Диагностический Центр «Эксперт-Север», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании: _____, с одной стороны, и _____, потребитель медицинской услуги, именуемый в дальнейшем «Заказчик» («Пациент»), с другой стороны, заключили договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется за плату оказать Заказчику медицинские услуги. Заказчик обязуется оплатить Исполнителю стоимость услуг в соответствии с действующим «Прейскурантом на медицинские услуги» (в дальнейшем «Прейскурант»)

1.2. Предметом настоящего договора является оказание Пациенту платных медицинских услуг в соответствии с Приложениями, являющимися неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Основанием для предоставления медицинских услуг является обращение Пациента к Исполнителю по собственному желанию или по направлению другого медицинского учреждения.

1.4. Исполнитель действует на основании: Государственной регистрации юридического лица Основной государственной регистрационный номер (ОГРН) 1146196007506, поставлено на учет в налоговом органе в соответствии с Налоговым кодексом РФ в МИФНС № 24 по Ростовской области, Лицензии № ЛО-61-01-007099 от 24.04.2019, выданной бессрочно Министерством здравоохранения Ростовской области (344029, г. Ростов-на-Дону, ул.1-й Конной Армии, 33, тел. (863) 242-30-96) на осуществление медицинской деятельности, а именно:

адреса мест осуществления лицензируемого вида деятельности, выполняемые работы, оказываемые услуги:

- Россия, Ростовская область, Сальский район, г. Сальск, ул. Красная, №2: гастроэнтерологии, гематовенерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, колопроктологии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, пульмонологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии, эндоскопии.

- Россия, Ростовская область, г. Каменск-Шахтинский, пр. Карла Маркса, 71: 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: акушерскому делу, лечебному делу, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, кардиологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пульмонологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии.

- Россия, Ростовская область, Белокалитвинский район, г. Белая Калитва, ул. Коммунистическая, дом №4: 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: акушерскому делу, лечебному делу, сестринскому делу, 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: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, кардиологии, неврологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, пульмонологии, ревматологии, сердечно-сосудистой хирургии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии.

1.5. Дату и время оказания Пациенту услуг Стороны согласовывают путем предварительной записи в соответствии с графиком работы и расписанием приема Исполнителя.

1.6. Условия получения Пациентом медицинских услуг: амбулаторно, по месту нахождения Исполнителя: Россия, Ростовская область, Белокалитвинский район, г. Белая Калитва, ул. Коммунистическая, дом №4

1.7. Перед подписанием настоящего Договора Заказчик ознакомлен с прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем; положением Исполнителя о порядке предоставления платных медицинских услуг; режимом работы

Исполнителя; основными свойствами оказываемых Заказчику медицинских услуг, противопоказаниями при отдельных видах заболеваний и иной дополнительной информацией, касающейся особенностей предоставляемых Заказчику медицинских услуг и условий их предоставления, в доступной для Заказчика форме, устной и путем оформления Приложений к настоящему Договору, являющихся его неотъемлемой частью.

1.7.1. Перед подписанием настоящего Договора Пациент извещен, что, если в рамках настоящего Договора Пациенту будут оказываться медицинские услуги по проведению лабораторных исследований, лабораторно - генетических исследований, Исполнитель, в рамках таких исследований, выступает только в качестве посредника и осуществляет забор биоматериала у пациента, который передается для проведения исследования конечному Исполнителю, который несет полную ответственность перед Пациентом за качество медицинских услуг, в том числе, в случае выявления погрешности, неточности, ошибки в результатах, нарушении сроков оказания услуги и самостоятельно урегулирует с Пациентом все возможные споры.

Претензии могут быть предъявлены (в зависимости от конечного Исполнителя):

1. ЗАО «Геноаналитика» по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул.Текучева 234, оф.1011, Тел. 8 863 219 01 44. E-mail: puzalin@genoanalitica.ru;

2. В филиал «КДЛ Ростов-на-Дону» ООО «КДЛ ДОМОДЕДОВО-ТЕСТ», по адресу: г. Ростов-на-Дону, ул.Красноармейская, д.170д, Тел. 8 863 207 55 07;

3. В Центр Генетики и Репродуктивной Медицины «ГЕНЕТИКО» (ООО «ЦГРМ «ГЕНЕТИКО»), по адресу Москва, ул. Губкина, д. 3, корп. 1, Тел. 8 800 250 90 75. E-mail: info@genetico.ru;

1.7.2. Перед подписанием настоящего Договора Пациент информирован и подтверждает свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала в ходе оказания ему медицинских услуг.

1.8. Стоимость медицинских услуг определяется на основании расценок, устанавливаемых Исполнителем, рассчитывается исходя из видов и объема услуг, оказанных в рамках настоящего договора.

Оплата услуг Исполнителя производится Пациентом по факту оказания услуги, посредством внесения денежных средств в кассу Исполнителя, о чем Пациенту выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (кассовый чек, квитанция или иные документы).

1.9. Оплата медицинских услуг может производиться Пациентом или его страховой компанией, администрацией по месту работы или другими заинтересованными лицами на условиях предоплаты в течение 10 банковских дней с момента подписания Договора.

1.10. Оплата может производиться наличным платежом в кассу Исполнителя, включая пластиковые карты систем Visa, MasterCard, Cirrus Maestro, Union, а также безналичным - на расчетный счет Исполнителя.

1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель предупреждает об этом Пациента.

1.12. Предоставление Исполнителем дополнительных услуг оформляется дополнительным соглашением сторон и оплачивается дополнительно.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в соответствии со стандартами качества медицинских услуг.

2.1.2. Предложить Заказчику самый безопасный и оптимальный метод обследования и лечения с минимальным среднестатистическим риском.

2.1.3. По желанию Заказчика предоставлять бесплатную, доступную информацию о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Определять объем, характер, сроки предоставления медицинских услуг.

2.2.2. Сбирать, хранить, обрабатывать, уничтожать персональные данные Заказчика (Пациента), а также передавать их третьим лицам в тех случаях, когда это определено законом.

2.2.3. Исполнитель настоящим, в письменной форме 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.

2.2.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в случае невыполнения Пациентом рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу.

2.2.5. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Пациенту в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.6. При несоблюдении Пациентом требований Исполнителя, грубом нарушении правил внутреннего распорядка работы медицинского центра, отказать Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

2.2.7. Для оказания медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе самостоятельно привлекать третьих лиц (специалистов) соответствующего профиля и квалификации.

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Оплачивать стоимость медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, в размере, порядке и сроки, установленные настоящим Договором.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Неукоснительно выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенный режим лечения.

2.3.4. Незамедлительно сообщить врачу о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения.

2.3.5. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы медицинского учреждения.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. На получение информации в рамках настоящего договора.

2.4.2. Согласиться или не согласиться с предложенными Исполнителем методами диагностики и лечения.

2.4.3. Отказаться от дальнейшего исполнения договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

3. Срок действия договора

3.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение 12 месяцев.

3.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по обоюдному согласию Сторон, либо в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

3.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами (уполномоченными на то представителями Сторон). Все дополнительные соглашения Сторон, акты и иные приложения к настоящему Договору, подписываемые Сторонами при исполнении настоящего Договора, являются его неотъемлемой частью.

4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

4.3. Исполнитель отвечает за недостатки работы (услуги), на которую не установлен гарантийный срок, если потребитель докажет, что они возникли до ее принятия им или по причинам, возникшим до этого момента. В отношении работы (услуги), на которую установлен гарантийный срок, исполнитель отвечает за ее недостатки, если не докажет, что они возникли после принятия работы (услуги) потребителем вследствие нарушения им правил использования результата работы (услуги), действий третьих лиц или непреодолимой силы.

4.4. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Заказчиком неполной информации о своем здоровье в соответствии с пп. 2.3.2 настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных пп. 2.3.3. настоящего Договора.

4.6. Ответственность перед Пациентом за оказание услуг по лабораторным исследованиям, лабораторно - генетическим исследованиям несет конечный исполнитель, согласно подпункту 1.7.1. настоящего договора.

4.7. Исполнитель не несет ответственности перед Заказчиком (Пациентом) в том случае, если Пациент, начав лечение в медицинском центре Исполнителя, обратился за аналогичной медицинской помощью в другое лечебное учреждение.

5. Прочие условия

5.1. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества услуг спор между Сторонами разрешается путем переговоров. В случае недостижения соглашения в ходе переговоров, заинтересованная Сторона направляет другой Стороне письменную претензию, подписанную уполномоченным лицом. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть её и о результатах уведомить в письменной форме заинтересованную Сторону в течение 10 (Десяти) рабочих дней со дня получения претензии.

5.2. При невозможности урегулировать спор путем переговоров и досудебного урегулирования, спор передается Сторонами в суд в соответствии с положением действующего законодательства, в том числе ст. 17 Закона РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 № 2300-1.

5.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

5.4. В соответствии с п. 1 ст. 160 ГК РФ при совершении сделок Стороны пришли к соглашению о допустимости факсимильного воспроизведения подписей («факсимиле») уполномоченных на совершение сделок лиц с помощью средств механического или иного копирования собственноручной подписи. Кроме того, Стороны позволяют использовать факсимиле на иных документах, являющихся необходимыми при проведении сделок (дополнительных соглашениях, актах и т.д.). При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, как и подлинная подпись уполномоченного лица.

5.5. Пациент дает согласие на обработку необходимых персональных данных Пациента в объеме и способами, указанным и в п.п. 1, 3 ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору. Пациент дает свое согласие на получение смс-уведомлений на номер телефона, указанный в Разделе 6 настоящего договора о записи на прием, изменении времени и/или даты приема, акциях, проводимых Исполнителем и получение прочей информации от Исполнителя. Пациент подтверждает, что является владельцем указанного номера телефона и самостоятельно несет ответственность за доступ к этому номеру третьих лиц.

5.6. Настоящий Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу и правовую значимость, по одному для каждой из Сторон.

5.7. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей».

6. Реквизиты и подписи сторон:

Исполнитель: Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Диагностический Центр «Эксперт-Север»

344103, Ростовская область, г.Ростов-на-Дону, ул.Зорге, д.17, ком.3

ИНН 6168719685, КПП 616801001, ОГРН 1146196007506, ОКПО 27149150

Р/с 40702810400000019083 в ПАО КБ «ЦЕНТР-ИНВЕСТ»

К/с 30101810100000000762 БИК 046015762

Подпись _____

м.п.

Пациент: Заказчик

Ф.И.О.: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Дата: « ____ » _____ г.

Подпись _____



Приложение 1
к Договору № _____ на оказание добровольных платных медицинских услуг
от «___» _____ г.

г. Белая Калитва

Я (пациент) осведомлен(а) о возможности получения аналогичных медицинских услуг в других медицинских учреждениях и на других условиях. Я ознакомлен(а) с содержанием медицинских услуг с использованием технологии и расходных материалов отечественного производства, предоставляемых бесплатно, за счет средств бюджета или средств обязательного медицинского страхования, а также с содержанием технологии и расходных материалов в т.ч. импортного производства, оказываемых платно (по настоящему Договору). Своей подписью я подтверждаю отказ от медицинских услуг , которые могут быть мне оказаны бесплатно в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, за счет средств ОМС или бюджета. Я согласен(на) на оказание платных медицинских услуг. Перед подписанием настоящего договора, я был(а) ознакомлен(а) с действующими:

- прейскурантом цен на платные медицинские услуги, оказываемые в ООО МДЦ «Эксперт-Север»;
- положением ООО МДЦ «Эксперт-Север» о порядке предоставления платных медицинских услуг;
- режимом работ ООО МДЦ «Эксперт-Север»;
- лицензией ООО МДЦ «Эксперт-Север» на предоставление платных медицинских услуг;
- основными потребительскими свойствами предоставляемой мне медицинских(ой) услуг(и), противопоказаниями при отдельных видах заболеваний, с дополнительной информацией , касающейся особенностей предоставляемой мне медицинской услуги и условий ее предоставления, в доступной для меня форме и полном объеме.

Содержание Договора, а также указанных выше документов мне разъяснено и понятно.

ПАЦИЕНТ:

Подпись

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Подпись



Приложение № 2
к Договору № _____ на оказание добровольных платных медицинских услуг
от «___» _____ г.

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____, дата рождения «___» _____ г.,
документ: _____, серия _____ № _____,
выдан _____ «___» _____ г.,

зарегистрированная по адресу: _____
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года М152-ФЗ,
подтверждаю свое согласие Общество с ограниченной ответственностью «Медицинский Диагностический Центр «Эксперт-Север» (ИНН 6168719685, КПП 616801001, ОГРН 1146196007506, адрес места нахождения: Россия, Ростовская область, Белокалитвинский район, г. Белая Калитва, ул. Коммунистическая, дом №4), (далее - «Исполнитель»), в лице Директора Баумара Аника Алиевна, действующего на основании Устава, на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

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

Исполнитель 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 ОМС (договорам ДМС, на оказание ПМУ), обмена (приема и передачи) моими персональными данными со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей или по каналам связи.

В случаях, когда такое предоставление является обязательным в силу закона Исполнитель вправе передавать мои персональные данные государственным органам контроля (включая, Роскомнадзор), прокуратуры, следственного комитета, судебной власти, внутренних дел с использованием бумажных, машинных носителей или по каналам связи.

В ходе оказания мне медицинских услуг, подтверждаю свое согласие на присутствие другого медицинского и врачебного персонала. В случае неблагоприятного прогноза развития моего заболевания информация должна сообщаться (нужное подчеркнуть и/или указать Ф.И.О., степень родства третьих лиц) только мне | мне и следующим лицам | только следующим лицам, без моего уведомления: _____

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

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

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

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Исполнителю по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Исполнителя. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

/ _____ / «___» _____ г.
(подпись)