

ДОГОВОР №

на оказание платных медицинских услуг

г. Екатеринбург

Дата _____

Общество с ограниченной ответственностью «Клинический институт репродуктивной медицины», (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-005600 от 21 сентября 2018 г., выдана Министерством здравоохранения Свердловской области) в лице Генерального директора Портнова И.Г., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и:

именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, в дальнейшем при совместном упоминании именуемые «Стороны», а по отдельности - «Сторона», в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Законом РФ от 07.02.1992 № 2300/1-1 (ред. от 18.07.2011) «О защите прав потребителей», Федеральным законом РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также Постановлением Правительства РФ от 11 мая 2023г №736 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги в размере, порядке, и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Пациенту, указывается в бланке заказ-наряда.

1.3. В медицинской карте указываются жалобы, поставленный диагноз и выбранный вариант (план лечения) согласованный с Пациентом. Под указанной информацией ставится подпись лечащего врача (иного специалиста), дата внесения записи, фиксируется факт дачи информированного добровольного согласия на платные медицинские услуги, в том числе на медицинское вмешательство и на его отказ.

1.4. Согласно ст. ст. 20, 54 Федерального закона РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении лица, не достигшего возраста, установленного настоящим Федеральным законом, или лица, признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию не способно дать согласие на медицинское вмешательство. Несовершеннолетние, в возрасте старше пятнадцати лет имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или на отказ от него в соответствии с настоящим Федеральным законом.

1.5. При заключении Договора Пациент ознакомлен с перечнем услуг, отраженных в перечне лицензии на медицинскую деятельность. Пациенту предоставлена информация путем размещения в общедоступном месте в помещении Клиники по адресу: г. Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина 3 офис 503 и на сайте Клиники <https://кирм.рф/> информация о порядке оказания платных медицинских услуг в Клинике; правилах внутреннего распорядка в Клинике, реквизитах Клиники.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных.

2.1.2. Обеспечить оказание медицинских услуг качественно, в соответствии с технологиями и медицинскими стандартами.

2.1.3. Представить Пациенту список своих сотрудников, обладающих специальным образованием и профессиональными навыками, для ознакомления и закрепления за ним специалистов и/или лечащего врача, которые будут оказывать медицинские услуги.

2.1.4. Назначить Пациенту время, необходимое для обследования.

2.1.5. Определить комплекс лечебных мероприятий, необходимый для достижения положительных результатов лечения, обязательный для выполнения Пациентом в определенные врачом сроки.

2.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством порядке, в том числе вести учет видов, объемов, стоимости, оказанных Пациенту медицинских услуг, а также денежных средств поступивших от Пациента.

2.1.7. Известить Пациента о невозможности оказания медицинских услуг, а также при возникновении необходимости оказания дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором. Только с согласия Пациента, Исполнитель предоставляет дополнительные медицинские услуги, на возмездной основе, которые оформляются дополнительным соглашением Сторон, и оплачивается дополнительно в порядке, установленном настоящим Договором.

2.1.8. Представлять копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающие состояние здоровья Пациента после оказания платных медицинских услуг.

2.1.9. Предоставить Пациенту по его требованию и в доступной для него форме информацию: о состоянии его здоровья, 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, показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.9.1. В случае достижения Пациентом возраста установленного законодательством информация, составляющая врачебную тайну, передается законным представителям, иным лицам только с согласия самого Пациента (письменно оформленного).

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. Получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2.2. В случае непредставления либо неполного или неверного предоставления Пациентом информации, в том числе о состоянии здоровья необходимой для оказания качественной медицинской услуги, Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации. Пациент предупреждается, что данные обстоятельства могут повлечь за собой невозможность завершения обязательств в установленный настоящими Договором срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

2.2.3. В случае непредвиденного отсутствия лечащего врача в день, назначенный для проведения консультации, диагностических или лечебных мероприятий, назначить другого врача, квалификация которого не ниже ранее заявленной при наличии у врача свободного времени или перенести медицинское мероприятие на другой день, предварительно согласовав с Пациентом.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. При первом посещении с целью получения платных медицинских услуг или непосредственно перед получением некоторых платных медицинских услуг, ознакомиться и, в случае согласия с изложенными условиями подписать документы предоставляемые Исполнителем (информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг (Приложение), отказ или согласие на конкретное медицинское вмешательство, и т.д.), при необходимости заявление о представлении сведений составляющих врачебную тайну иному лицу, указанным Пациентом.

2.3.2. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором и подписанными Сторонами документами.

2.3.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих ему по договору медицинские услуги, по лечению, в том числе соблюдать указания медицинского учреждения, предписанные на период после оказания услуг.

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

2.3.5. Предоставить врачу, до оказания медицинских услуг, достоверную и полную информацию о своем состоянии здоровья (аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных средств, обо всех перенесенных ранее и имеющихся в настоящее время заболеваниях, противопоказаниях и др.), в том числе сообщать необходимые сведения путем заполнения анкет и иных структурирующих информацию документов.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. На выбор врача.

2.4.2. Получать от Исполнителя платные медицинские услуги в соответствии с п. 1.1., 1.2. настоящего Договора.

2.4.3. Отказаться от получения медицинских услуг после заключения настоящего Договора и получить обратно уплаченную сумму, с возмещением Исполнителю затрат, за фактически понесенные им расходы, связанные с подготовкой исполнением обязательств по Договору, если таковы имеются.

2.4.4. Получить имеющуюся информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенных манипуляций в соответствии с действующим законодательством РФ.

2.4.5. Требовать проведения консилиума и консультаций других специалистов с обязательным условием участия лечащего врача.

2.4.6. Отозвать право медицинских работников на обработку персональных данных (письменно).

2.4.7. Обратиться к руководству с предложениями, жалобами, в том числе в случае претензий по объему и качеству оказанных медицинских услуг.

2.5. Стороны обязуются хранить конфиденциальную информацию, полученную при исполнении настоящего Договора.

2.6. Стороны обязуются согласовывать все непредвиденные случаи, возникающие в процессе оказания медицинских услуг.

3. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения (адрес):

620014, г. Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина, д.3, оф.503.

При желании Пациента и технической возможности, медицинские работники Исполнителя выезжают по другому адресу (на дом), в целях оказания медицинской услуги, если согласованное Сторонами медицинское вмешательство, возможно, провести на дому в соответствии с установленными правилами.

Все расходы (проезд на транспорте и др.) Исполнителя оплачивает Пациент, если иное не предусмотрено Прейскурантом услуг.

3.2. Исполнитель обеспечивает Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения: о местонахождении Исполнителя (месте его государственной регистрации), режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, о лицензии на осуществление медицинской деятельности (номер и дата выдачи, перечень услуг составляющих медицинскую деятельность в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа), о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике их работы, о порядке и условиях предоставления медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и иные сведения, которые также представлены Исполнителем на сайте сети «Интернет» и информационных стендах.

3.3. Предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору предоставляются по предварительной записи.

3.4. Каждое последующее обращение Пациента с целью получения платной медицинской услуги во время действия настоящего Договора оформляется заказ-нарядом на выполнение платных медицинских услуг.

4. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по прейскуранту цен на услуги, действующему на момент заключения договора.

4.2. Услуги Исполнителя оплачиваются Плательщиком на условиях предоплаты.

4.3. Предоплата осуществляется путем внесения Плательщиком денежных средств в кассу Исполнителя, либо по безналичному расчету по реквизитам Исполнителя на основании Заказ-наряда на платные медицинские услуги.

4.4. Заключение и иные медицинские документы, отражающие состояние здоровья, диагноз Пациента выдаются после подтверждения факта оплаты медицинской услуги.

4.5. В экстренных ситуациях при недостаточности внесенных средств за оказанные медицинские услуги, Пациент обязуется оплатить оказанные услуги в течение трех рабочих дней.

4.6. Если медицинские услуги фактически не оказаны, предварительно уплаченные денежные средства (за вычетом стоимости фактически понесенных расходов) подлежат возврату Плательщику на основании письменного заявления последнего. Проценты на данные денежные средства не начисляются независимо от периода их использования Исполнителем.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение платной медицинской услуги по настоящему Договору, вследствие нарушения Пациентом своих обязанностей, предусмотренных п.п.2.3.3 и 2.3.5 настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других чрезвычайных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

6.1. Все споры, претензии и разногласия, возникшие между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

6.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

7. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу и становится обязательным для Сторон с момента его подписания.
- 7.2. Настоящий договор действует до оказания в полном объеме согласованной Сторонами медицинской услуги (медицинских услуг) в рамках настоящего Договора.
- 7.3. Настоящий договор, может быть, расторгнут по обоюдному согласию Сторон, по другим основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 8.1. Все изменения дополнения к настоящему договору, а также его расторжение считаются действительными при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями обеих Сторон.
- 8.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон
- 8.3. Стороны договариваются, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу
- 8.4. Пациент не возражает против проведения видео наблюдения в помещениях Исполнителя (за исключением туалетных комнат), которое может проводиться Исполнителем в целях обеспечения безопасности посетителей (пациентов) и сотрудников, а также в целях улучшения качества обслуживания
- 8.5. Стороны пришли к соглашению, что Заказ — наряд на платные медицинские услуги является одновременно актом приема оказанных медицинских услуг. При несогласии Пациента с актом, он должен привести мотивированные возражения в письменном виде. Если в течение 2 суток после оказания от Пациента не поступят мотивированные возражения, услуги считаются принятыми Пациентом и подлежащими оплате на основании одностороннего акта.
- 8.6. Пациенту в рамках Договора могут быть предоставлены скидки и/или иные бонусы в соответствии с соответствующим внутренним Положением Исполнителя.

9. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель

ООО «Клинический институт репродуктивной
медицины»

Адрес: 620014, Свердловская область, г.
Екатеринбург, ул. Бориса Ельцина, д.3, оф.503.

ОГРН: 1176658096383

ИНН: 6658507009

КПП: 665801001

Р/с 40702810516540039103

К/с 30101810500000000674

В Свердловском отделении №7003/0897 ПАО

Сбербанк БИК 046577674

Пациент

ФИО

Дата рождения:

Док-т удост. личность:

Место жительства:

Тел: _____

Генеральный директор _____ Портнов И.Г.

мп

_____ (Подпись с расшифровкой)

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Я , _____
_____ года рождения, паспорт: серия № _____

выдан (кем, когда)

проживающий(ая) по адресу _____

желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Клинический институт репродуктивной медицины» (Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-66-01-005600 от 21 сентября 2018г., выдана министерством здравоохранения Свердловской области) (далее – Медицинская организация).

1. Я получил(а) от работников Медицинской организации полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи и даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить согласно действующему Прейскуранту или передать полномочия по оплате медицинских услуг другим указанным мною лицам.

2. Я предоставляю Медицинской организации право осуществлять действия с персональными данными, предусмотренные п. 3, ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, с целью организации оказания платной медицинской услуги в Учреждении, а именно: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии здоровья пациента в целях установления диагноза, с учетом соблюдения охраняемой законом тайны.

3. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного документа.

4. Настоящее согласие мною прочитано и мне понятно, полученные разъяснения меня удовлетворяют.

С режимом работы Исполнителя, а также с правилами поведения пациентов в медицинской организации от 12.01.2021 Пациент ознакомлен.

Телефон _____

« ____ » _____ 2024 г.

_____ подпись