

ДОГОВОР №
на оказании платных медицинских услуг

п. Ленежка Пригородного района
Свердловской области

« ____ » _____ 20__ года.

Частное учреждение «Санаторий-профилакторий «Ленежка», зарегистрировано Администрацией Тагилстроевского района г. Н. Тагила 29.10.1996 г., Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 01.07.2002г. от 19 ноября 2002г., серия 66 № 000514794, Свидетельство о постановки на налоговый учет серии 66 № 006208324, Свидетельство о гос. регистрации некоммерческой организации учетный № 6614040432 от 15.12.2011г., именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице директора **Ильиной Риммы Николаевны**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и

Гражданин (гражданка) _____,
Паспорт _____, проживающий
(ая) _____, действующий (ая) от своего имени, в
интересах _____, именуемый(ая) в дальнейшем,
«Заказчик» с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. На основании желания Заказчика/Законного представителя Исполнитель обязуется оказать, а Заказчик/Законный представитель оплатить следующие медицинские услуги (далее услуги), согласно действующего у Исполнителя на момент заключения настоящего договора прейскуранта (прайс-листа). (Прайс-лист публикуется на сайте в Интернете www.lenevka.ru, а также расположен на стойке у кассира лечебно-оздоровительного комплекса, в месте доступном для ознакомления.)

Перечень медицинских услуг, предоставляемых Исполнителем Заказчику:

№ п/п	Наименование	Цена	Кол- во	Сумма без НДС
1				
2				
3				
4				

ИТОГО

1.2. Исполнитель организует и обеспечивает оказание медицинской услуги в соответствии с перечнем видов медицинской деятельности, разрешенных лицензией (опубликованной на сайте в Интернете www.lenevka.ru).
Лицензия № Л041-01021-66/00298155 от 09.04.2015 на осуществление медицинской деятельности (Перечень работ (услуг) размещен на официальном сайте Исполнителя и информационном стенде для потребителя), выдана бессрочно Министерством здравоохранения Свердловской области, адрес: 620014, г. Екатеринбург, ул. Вайнера, 346, тел. 8 (343) 312-00-03.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с _____ по 31.12.20__.

1. Конфиденциальность

2.1. Информация о факте обращения Заказчика за медицинской помощью, состоянии здоровья Заказчика результатах лабораторного исследования его биологического материала и иные сведения, полученные при его обследовании и/или лечении, составляют врачебную тайну.

2.2. Информация, содержащаяся в медицинских документах Заказчика, может предоставляться Исполнителем без согласия Заказчика только по основаниям, предусмотренные действующим законодательством РФ.

3. Обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказывать Заказчику платные медицинские услуги, перечень и цена которых указана в прайс-листе (прейскуранте) действующим у Исполнителя на текущую дату, в соответствии с индивидуальными медицинскими показаниями, в порядке и в сроки, определенные заключенным договором.

3.1.2. Нести ответственность в установленном законом порядке за обоснованность, качество, объем и порядок оказания медицинской услуги.

3.1.3. Обеспечивать соответствие предоставляемых медицинских услуг требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации.

3.1.4. Выдать Заказчику/Законному представителю документ (бланк строгой отчетности), подтверждающий оплату медицинских услуг, произведенную в кассу Исполнителя.

Заказчик _____

- 3.1.5. Сохранять врачебную тайну о факте и причине обращения Заказчика/Законного представителя.
- 3.1.6. В случае невыполнения обязательств договора по независящим от Исполнителя причинам вернуть Заказчику/Законному представителю денежные средства за минусом расходов, понесенных Исполнителем.
- 3.3.7. В доступной форме информировать Заказчика/Законного представителя о выявленном состоянии его здоровья (здоровья представляемого), включая сведения о результатах обследования, наличии заболеваний, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, с учетом согласия Заказчика/Законного представителя на получение данной информации и в соответствии с действующим законодательством;
- 3.3.8. Согласовать с Заказчиком/Законным представителем характер и объем услуг, предоставив ему необходимую и достоверную информацию, обеспечивающую возможность правильного выбора характера и объема услуг (сведения о соответствии имеющимся стандартам, свойствах оказываемых услуг, противопоказаниях, рисках, прогнозах и т.п.);
- 3.3.9. Рекомендовать Заказчику установить наличие противопоказаний к медицинскому вмешательству до начала оказания отдельных услуг;
- 3.3.10. В случае обнаружения заболеваний у Заказчика, о которых не было известно при подписании договора, поставить в известность Заказчика о наличии таковых и предложить методы дальнейшей диагностики и лечения с учетом имеющихся у Заказчика противопоказаний;
- 3.3.11. Знакомить Заказчика, его законного представителя непосредственно с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и по его просьбе давать по ней соответствующие консультации.
- 3.2. Заказчик/Законный представитель обязан:
- 3.2.1. Сообщить лечащему врачу известную ему информацию о состоянии своего здоровья.
- 3.2.2. Произвести оплату и предоставить Исполнителю чек об оплате для получения необходимой медицинской услуги.
- 3.2.3. Выполнять требования, обеспечивающие качественное предоставление медицинской помощи, соблюдать предписанный лечебный режим, назначения и рекомендации лечащего врача и правила пребывания в ЧУ «СП «Леневка».
- 3.2.4. Явиться на прием к врачу в установленное время, согласованное с врачом.
- 3.2.5. Своевременно уведомить Исполнителя о наличии уважительной причины для переноса сроков выполнения услуг.
- 3.2.6. Во время наблюдения и лечения не использовать препараты, назначенные специалистами других лечебных учреждений, без уведомления лечащего врача.

4. Права Сторон

- 4.1. Заказчик/Законный представитель имеет право:
- 4.1.1. На бесплатное, доступное, достоверное предоставление информации о порядке оказания медицинской услуги, о действии лекарственных препаратов и их побочных проявлениях в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.1.2. При обращении за услугами к Исполнителю Заказчик/Законный представитель пользуется всеми правами, предусмотренными соответствующими положениями Гражданского кодекса РФ, Закона о защите прав потребителей, Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, а также нормами подзаконных актов, регулирующих оказание населению платных медицинских услуг.
- 4.2. Исполнитель имеет право:
- 4.1. Устанавливать сроки и время оказания платных медицинских услуг.
- 4.2. Требовать от Заказчика/Законного представителя при заключении настоящего договора, паспорт или иной документ удостоверяющий личность.
- 4.2.1. Отказать в оказании платной медицинской услуги при наличии медицинских противопоказаний.
- 4.2.2. Отказать в оказании платной медицинской услуги Заказчику/Законному представителю, находящемуся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения.

5. Оплата услуг

- 5.1. Стоимость оказываемых медицинских услуг устанавливается на основании прейскуранта (прайс-листа) стоимости платных медицинских услуг, действующего у Исполнителя на момент Заключения настоящего договора.
- 5.2. Оплата производится на условиях 100% предоплаты на расчетный счет Исполнителя в безналичном порядке либо в кассу Исполнителя с предъявлением Исполнителю документа, подтверждающего произведенную оплату. Медицинские услуги НДС не облагаются.

6. Ответственность Сторон

- 6.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с законодательством РФ.
- 6.2. Исполнитель не несет ответственности за качество оказанной медицинской услуги, если до оказания медицинской услуги Заказчик (Законный представитель) не исполнил обязанность по информированию Исполнителя о перенесенных им (представляемым) заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, наличии аллергических реакций, противопоказаний и/или не соблюдал рекомендации по подготовке к проведению услуги и рекомендации по лечению, если оказание медицинской услуги ненадлежащего качества и/или причиненный вред явились следствием отсутствия у Исполнителя такой информации и/или несоблюдения указанных рекомендаций.

7. Прочие условия (согласия Заказчика/Законного представителя)

Заказчик _____

7.1.В соответствии со ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» Заказчик/Законный представитель обязуется предоставить Исполнителю информацию о себе (и несовершеннолетних детях прибывших с ним), заполнив Согласие на обработку персональных данных, соглашаясь тем самым в соответствии со ст.9 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, на обработку своих персональных данных (Приложение №1 к настоящему договору).

7.2. Заказчик/Законный представитель дает 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 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее-Перечень). Заказчику/Законному представителю в доступной для него форме 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. Заказчику/Законному разъяснено, что он имеет 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» (Приложение №1 к настоящему договору).

8. Разрешение споров

8.1. Споры и разногласия, по которым стороны не придут к соглашению, будут разрешаться в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством РФ.

9. Срок действия договора и другие условия

9.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

9.2. Договор может быть расторгнут досрочно по соглашению Сторон либо в ином порядке и по основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

9.3. Стороны договорились, что при подписании Договора Исполнитель вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи уполномоченного на заключение Договора лица с помощью средств механического или иного копирования, электронной подписи либо иного аналога собственноручной подписи.

9.4. Изменения и дополнения в настоящий договор могут быть внесены в форме дополнительного соглашения по письменной договоренности сторон.

9.5. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

9.6. Все уведомления и сообщения в рамках Договора должны направляться Сторонами друг другу в письменной форме.

9.7. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим Договором, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Российской Федерации.

Приложения: - № 1 Информированное добровольное согласие пациента, - № 2 Согласие на обработку персональных данных

10. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель: Частное учреждение «Санаторий-профилакторий «Леневка»	Заказчик/Законный представитель: Ф.И.О.
622911, Свердловская область, Пригородный район, п. Леневка	Адрес места жительства _____
8(3435)37-86-00, 37-86-45 ИНН: 6669012262 КПП: 662301001 Расчетный счет: 40703810516220090937 Уральский банк ПАО «Сбербанк России» г. Екатеринбург К/с: 30101810500000000674 БИК: 046577674	Дата рождения _____ Паспорт _____ Тел. _____ Почта _____

Директор

_____/Ильина Р.Н.

_____/_____
(Заказчик)

_____/_____
(Законный представитель)

МП

Экземпляр договора получил
Заказчик:

_____/_____

Заказчик _____

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство**

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

« _____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

_____ (указывается в случае проживания не по месту регистрации)
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 _____
(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. № 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)

_____ (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)

« _____ » _____ г.
(дата оформления)

Заказчик _____

**Согласие
на обработку персональных данных клиента**

п. Леновка Пригородного района
Свердловской области

«_____» _____ 20__ года

Я, _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт _____
(№, дата выдачи, выдавший орган)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем несовершеннолетнего или недееспособного гражданина:

Я, _____,
проживающий по адресу _____,
паспорт _____
(№, дата выдачи, выдавший орган)

являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным (далее - **представляемый**): _____

(полностью ФИО ребенка или недееспособного гражданина, дата рождения),

в соответствии с ч. 1 ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных», в целях соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, а также в целях осуществления ЧУ «СП Леновка» своих обязательств по заключенному между нами договору, в медико- профилактических целях, а также в целях установления медицинского диагноза и (или) оказания медицинских услуг (при условии, что обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну), даю согласие Частному учреждению «Санаторий-профилакторий «Леновка» (далее - ЧУ «СП Леновка», Оператор), находящемуся по адресу: 622911, Свердловская обл., Пригородный район, пос. Леновка, на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих (представляемого) персональных данных, а именно совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г. «О персональных данных».

Перечень моих (представляемого) персональных данных, на обработку которых я даю согласие:

- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- пол;
- возраст;
- дата рождения;
- место рождения;
- гражданство;
- данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи (окончание действия) кем выдан);
- адрес места жительства (по прописке и адрес фактического проживания);
- место регистрации;
- дата регистрации;
- контактный телефон;
- электронная почта;
- трудовой статус (работающий/пенсионер/самозанятый/ИП);
- квалификация;
- место работы;
- цель приезда;
- срок проживания в ЧУ «СП Леновка»;
- категория и номер проживания;
- индивидуальный номер -налогоплательщика (ИНН);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС);
- номер расчетного счета, наименование банка, обслуживающего клиента;
- регистрационные данные транспортного средства (наименование, марка, модель гос. номер) клиента, которому разрешен въезд на территорию ЧУ «СП Леновка»;
- изображение (фотографии, видео);
- данные доверенности, подтверждающей полномочия представителя (для представителя несовершеннолетнего или недееспособного лица);

В случае приобретения санаторно-курортных, оздоровительных путевок и оказания соответствующих услуг, а также при предоставлении медицинских услуг:

- сведения о состоянии здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, включая анамнез, диагнозы, лабораторные и диагностические исследования (для несовершеннолетнего дополнительно: сведения об эпидблагополучии адреса проживания; сведения о прививочном анамнезе в отношении клещевого энцефалита; сведения об отсутствии энтеробиоза), антропометрические данные (рост, вес, пульс, АД).

Заказчик _____

- сведения об объеме оказанной медицинской помощи, включая сведения об оказанных медицинских услугах, о лабораторных и диагностических исследованиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях;

- данные санаторно-курортной карты.

В процессе оказания ЧУ «СП Лене́вка» мне (представляемому) медицинской помощи/медицинских услуг я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (представляемого) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам ЧУ «СП Лене́вка» в интересах моего (представляемого) обследования и лечения.

В случае, если клиент является гражданином иностранного государства, то дополнительно к вышеуказанным персональным данным, даю согласие на обработку:

- данных визы;
- данных миграционной карты;
- данных документа, подтверждающего право на пребывание (проживание) в РФ);
- сведений о цели въезда на территорию РФ;
- сведений о профессии;
- даты въезда на территорию РФ;
- даты убытия из места пребывания;
- срока пребывания в ЧУ «СП Лене́вка»;
- адреса прежнего места пребывания в Российской Федерации;
- сведений о месте пребывания (адрес);
- сведений о принимающей стороне.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия, операции с моими (представляемого) персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои (представляемого) персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, в заключенный между нами договор и дополнительные соглашения к нему, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Я проинформирован, что ЧУ «СП «Лене́вка» гарантирует обработку моих (представляемого) персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Я проинформирован и даю свое согласие на доступ к моим (представляемого) персональным данным ООО «Солар групп», являющегося разработчиком/официальным представителем используемой ЧУ «СП Лене́вка» системы онлайн-бронирования номеров, созданной на базе Битрикс CRM и осуществляющего техническое (в части настройки системы для управления процессами) и лицензионное обслуживание данной системы, в целях обеспечения своевременной документационной и технической возможности оказания мне услуг ЧУ «СП Лене́вка».

Я проинформирован и даю свое согласие на доступ к моим (представляемого) персональным данным ООО ЧОП «Интерлок-ТЗ», осуществляющему охрану имущественного комплекса путем обеспечения пропускного и внутриобъектового режимов на территории ЧУ «СП Лене́вка», с целью обеспечения моей безопасности и безопасности моего имущества во время нахождения на территории ЧУ «СП Лене́вка».

Данное согласие действует до достижения целей обработки персональных данных или в течение срока хранения информации.

Данное согласие может быть отозвано в любой момент по моему письменному заявлению, которое может быть направлено в адрес ЧУ «СП Лене́вка» по почте Заказным письмом с уведомлением о вручении, либо вручено под расписку представителю ЧУ «СП Лене́вка». С момента получения письма уведомления об отзыве настоящего согласия ЧУ «СП Лене́вка» обязано прекратить обработку данных в течение семи рабочих дней.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих (представляемого) интересах.

Подпись субъекта персональных данных

_____ (подпись) / _____ (Ф.И.О.)

"__" _____ г.

Заказчик _____