

## **Информирование Потребителя (Заказчика) медицинских услуг**

Исполнитель информирует Потребителя (Заказчика) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, правил поведения Потребителя в медицинской организации, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя. Также Потребитель проинформирован и соглашается с тем, что результат лечения, в том числе эстетический, может отличаться от ожидаемого Потребителем. Кроме того, для медицины характерен отсроченный результат. Оценка достигнутого результата должна проводится по истечении восстановительного периода, который варьируется в зависимости от конкретной процедуры

✓  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>

Настоящим Я,  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>, подтверждаю, что до заключения договора возмездного оказания медицинских услуг информирован Исполнителем о возможности получения без взимания платы соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

✓  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>

**Договор оказания платных медицинских услуг**  
г. Чита <ДАТА\_Д><ДАТА\_М>  
<ДАТА\_Г> г.  
услуг № <НОМЕР\_ДОГОВОРА>  
<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ПОЛНОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>  
<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>, в дальнейшем именуемое в настоящем договоре «Исполнитель», в лице директора <ДИРЕКТОР>, действующего на основании Устава (примечание - полномочия Исполнителя можно проверить на сайте ФНС России: <https://pb.nalog.ru/index.html>), действующее в соответствии с Лицензией <ЛИЦЕНЗИЯ>. Министерством здравоохранения Забайкальского края на осуществление медицинской деятельности: <ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ>, сроком действия - бессрочно, с одной стороны, и  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>, дата рождения <ПАЦИЕНТ\_ДР\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>,  
зарегистрированный(-ая) по адресу:  
<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>,  
действующий(-ая) от своего имени лично (в случае непосредственного получения медицинских услуг по настоящему договору), в дальнейшем именуемый(-ая) «Потребитель», либо  
являющийся(-ая) представителем  
**Потребителя** <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>  
в силу закона и действующий(-ая) в интересах Потребителя, и именуемый(-ая) в таком случае «Заказчик», с другой стороны, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

### **1. Предмет**

**1.1.** Потребитель (Заказчик) поручает, а Исполнитель принимает на себя за счёт вознаграждения, уплачиваемого Потребителем (Заказчиком), оказание медицинских услуг Потребителю, отвечающих требованиям, предъявляемым к методам профилактики, диагностики и лечения, и разрешенным на территории РФ, в соответствии с лицензией и прейскурантом Исполнителя. Перечень (прейскурант) платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, а также их стоимость содержится в приложениях, являющихся неотъемлемой частью настоящего договора, размещенными в открытом

доступе в сети Интернет по адресу: <https://medlux75.ru/prices/>, с которыми Потребитель (Заказчик) ознакомлен и согласен в полном объеме, что подтверждается подписью Потребителя (Заказчика) в настоящем договоре.

**1.2.** Предоставление платных медицинских услуг производится Потребителю по предварительной записи, осуществляющейся по телефону 8 (3022) 200-300 или непосредственно у администраторов Исполнителя.

**1.3.** Стороны договорились, что наименование, характеристики, перечень, объем (количество), цена, сроки оказания конкретных медицинских услуг, а также медицинские работники Исполнителя, участвующие в предоставлении платных медицинских услуг, уровень их профессионального образования и квалификации, могут быть оговорены Сторонами в Актах, имеющих силу дополнительных соглашений к настоящему договору и являющихся его неотъемлемой частью.

**1.4.** Медицинские услуги, оказываемые по настоящему договору, включают возможность допустимого вмешательства в состояние здоровья Потребителя ради санации имеющегося заболевания, предотвращения прогрессирования заболевания, снижение вреда от заболевания, и имеют вероятность проявления осложнений.

**1.5.** Услуги оказываются в разовом (единовременном) порядке, либо в рамках продолжительного лечения с определенными профилактическими, диагностическими и лечебными мероприятиями, осуществлямыми последовательно и необходимыми для достижения целей оказываемых услуг.

**1.6.** Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, установленными в установленном порядке законодательством Российской Федерации.

**1.6.1.** Медицинские услуги предоставляются в следующих объемах:

- в полном объеме стандарта медицинской помощи;  
- по просьбе Потребителя (Заказчика) в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи с согласия Потребителя (Заказчика).

**1.6.2.** Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан

**1.7.** При исполнении настоящего договора стороны руководствуются действующим законодательством РФ, регулирующим оказание медицинскими организациями платных медицинских услуг населению.

### **2. Цена услуг и порядок ее оплаты**

**2.1.** Потребитель (Заказчик) проинформирован, что медицинская организация Исполнителя является частной коммерческой медицинской организацией. Стоимость услуг, предоставляемых Потребителю по настоящему договору, тарифицируется соответствующими разделами прейскуранта, действующего на момент их оказания. Потребитель (Заказчик) уведомлен о возможности получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи и порядке её получения, в объеме, позволяющим принять осознанное решение о получении платных услуг по настоящему договору.

**2.2.** Оплата медицинских услуг по настоящему договору производится Потребителем (Заказчиком) в полном объеме в порядке предоплаты до оказания услуг и не позднее чем в течение 3 (трех) часов после оказания медицинских услуг путем наличных или безналичных расчетов.

**2.3.** Возврат денежных средств за предварительно оплаченные, но не предоставленные или не полностью предоставленные медицинские услуги, осуществляется на основании личного заявления Потребителя.

**2.4.** Окончательная стоимость лечения определяется в соответствии с клинической

картины и тарифицируются согласно действующему прейскуранту.

**2.5.** Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость изменения согласованного сторонами объема лечения, то стоимость может быть скорректирована.

**2.6.** Если в ходе оказания медицинских услуг выявляется необходимость оказания на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель вправе предоставить медицинские услуги на возмездной основе, если неоказание таких услуг будет сопряжено с причинением или угрозой причинения вреда жизни или здоровью Потребителя, а также, если оказание таких услуг необходимо для достижения целей настоящего договора.

**2.7.** На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета (План лечения). Ее составление по требованию Потребителя и (или) Заказчика или Исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

### **3. Права и обязанности**

**3.1.** Исполнитель обязуется:

**3.1.1.** предоставлять Потребителю медицинские услуги надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи;

**3.1.2.** проводить профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

**3.1.3.** облегчать болезненные ощущения Потребителя, связанные с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, соответствующими методами и лекарственными препаратами;

**3.1.4.** обеспечивать защиту сведений, составляющих врачебную тайну;

**3.1.5.** обеспечивать надлежащий уровень квалификации медицинских работников;

**3.1.6.** обеспечивать уход при оказании медицинской помощи;

**3.1.7.** информировать Потребителя о порядке предоставления платных медицинских услуг и режиме работы Исполнителя;

**3.1.8.** информировать Потребителя о предлагаемых методах профилактики, диагностики и лечения, возможности развития осложнений при оказании медицинских услуг;

**3.1.9.** использовать медицинские изделия и лекарственные средства, разрешенные к применению в РФ;

**3.1.10.** хранить медицинскую документацию Потребителя в соответствии с требованиями Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и сроками хранения, установленными законодательством РФ.

**3.2.** Исполнитель имеет право:

**3.2.1.** Самостоятельно определять график консультаций и лечебно-диагностических мероприятий. Отсрочить или отменить лечебное мероприятие, в том числе в день оказания услуг, в случае обнаружения у Потребителя противопоказаний; по причине задержки лечащего врача при оказании услуг другим Потребителям; болезни лечащего врача, а также, в случае аварий или несогласованного отключения систем электричества, отопления и водоснабжения; сбоя в работе оборудования и программного обеспечения Исполнителя, иных существенных причин.

**3.2.2.** в случае непредвиденного отсутствия врача в день приема, назначить другого специалиста соответствующего профиля;

**3.2.3.** отказать Потребителю в предоставлении услуг в случае, за исключением ситуаций, требующих экстренного врачебного вмешательства:

- отсутствие у Исполнителя врачебных и/или временных ресурсов для оказания медицинской помощи в соответствии с определением КС РФ от 06.06.2002 № 115-О;

- если Потребитель, несмотря на своевременное и обоснование информирование Исполнителем, в разумный срок не устранит обстоятельства, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг (несоблюдение врачебных рекомендаций, недоплачивающее использование медицинских изделий и т.д.);

- отказа лечащего врача от наблюдения и лечения Потребителя на время, необходимое для поиска другого врача Исполнителем;

- отсутствия медицинских показаний (или наличия противопоказаний) к определенному медицинскому вмешательству;

- алкогольного, наркотического опьянения Потребителя;

- при некорректном (грубом, неуважительном, унижающем, противоправном и т.п.) поведении Потребителя в отношении работников Исполнителя и/или Потребителей;

- несвоевременной оплаты медицинских услуг.

**3.2.4.** отступать от требований соблюдения врачебной тайны в части стоимости лечения при несовпадении Заказчика и Потребителя в одном лице и отсутствии у Заказчика правового статуса законного представителя Потребителя, а именно: передавать информацию об объеме и стоимости запланированного и проведенного лечения Заказчику по его требованию;

**3.2.5.** при опоздании Потребителя (Заказчика) более чем на 10 минут от назначенного времени предоставить ему возможность ожидания приема в ближайшее свободное время, или переназначения на другой день. При невозможности прибытия на прием в согласованное время, Потребитель (Заказчик) обязуется уведомить Исполнителя по телефону в максимально короткие сроки.

**3.3.** Потребитель (Заказчик) обязуется:

**3.3.1.** при заключении договора и оформлении медицинской документации предъявлять документ, удостоверяющий личность, а в последующем своевременно информировать Исполнителя об изменении своих данных;

**3.3.2.** своевременно оплачивать оказываемые медицинские услуги;

**3.3.3.** сообщать врачам всю необходимую информацию, связанную с состоянием своего здоровья;

**3.3.4.** выполнять требования медицинских работников, обеспечивающих безопасность и качественное предоставление медицинской помощи, режим лечения и правила поведения в медицинской организации;

**3.3.5.** являться на прием в назначенное время, при невозможности явки заблаговременно (за 24 часа) сообщить об этом Исполнителю по телефону 8 (3022) 200-300;

**3.3.6.** удостоверять личной подписью формы информированного добровольного согласия на проведение лечения (отказа от медицинского вмешательства), показанного ему по состоянию здоровья, а также другие документы, связанные с оформлением услуг, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего договора.

**3.3.7.** Потребитель предоставляет Исполнителю право передавать документацию, содержащую информацию о состоянии здоровья Потребителя на рецензию, врачебную комиссию, консилиум врачей, экспертному учреждению для оценки качества оказания медицинской помощи, использовать информацию о состоянии здоровья Потребителя в научных целях, например, для научных публикаций и в рамках обучения студентов, интернов и врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. Потребителя);

**3.3.8.** удостоверять личной подписью в медицинской документации факты ознакомления с диагностикой и лечением, назначениями, рекомендациями, сроками и стоимостью оказания услуг, а также отсутствие претензий к результату лечения, в том числе к промежуточному;

**3.3.9.** Потребитель предоставляет Исполнителю право вести фото и видео протокол манипуляций по выбору врача(ей) Исполнителя, использовать анонимные изображения Потребителя, включая фотографии, видеоролики и рентгенологические снимки, а также фото и видео изображения, изображения, полученные в результате проведения компьютерной томографии, на сайтах в сети Интернет, в научных целях, для научных публикаций и в программах обучения студентов, ординаторов и врачей при соблюдении анонимности (т.е. без указания Ф.И.О. Потребителя);

**3.3.10.** Подписанием настоящего договора Потребитель (Заказчик), в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона № 152-ФЗ "О персональных данных", дает свое согласие на обработку персоналом Исполнителя своих персональных данных,ключающих:

фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны и адреса электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии своего здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, для установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, в целях уведомления об услугах и акциях по почте, электронной почте и сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС. В процессе оказания медицинской помощи Потребитель (Заказчик) дает право Исполнителю передавать свои персональные данные, фотографии, рентгеновые снимки и сведения, составляющие врачебную тайну, третьим лицам в интересах своего обследования, лечения и оценки качества диагностики, лечения и профилактики. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов. Настоящее согласие действует беспречно и может быть отозвано Потребителем (Заказчиком) в письменном виде.

**3.4.** Потребитель имеет право:

**3.4.1.** получать информацию о состоянии своего здоровья, ходе обследования или лечения, возможных и предполагаемых методах лечения, а также о связанных с ними риске и ожидаемых результатах; стоимости медицинских услуг, получать медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы. Порядок и условия выдачи указанных в настоящем пункте медицинских документов определяются в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них»;

**3.4.2.** разрешить работникам Исполнителя предоставлять информацию о состоянии здоровья Потребителя и/или стоимости лечения следующим лицам (Ф.И.О., контактный телефон, адрес электронной почты):

**3.5.** Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

**3.6.** Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) 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; б) об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

#### 4. Сроки

**4.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента подписания его обеими сторонами и действует до момента окончания исполнения сторонами обязательств.

**4.2.** Сроки оказания услуг зависят от конкретного вида медицинской помощи. Продолжительность срока оказания медицинских услуг определяется исходя из медицинских показаний и согласовывается с Потребителем путем внесения записи в медицинскую карту и/или в План лечения.

**4.3.** Срок оказания услуг продлевается на соответствующее количество дней в случаях:

**4.3.1.** временной приостановки лечения Заказчиком и Потребителем на количество дней приостановки;

**4.3.2.** необходимости замены лечащего врача или организации консультаций других специалистов;

**4.3.3.** необходимости изменения плана и/или этапов лечения.

**4.4.** При выявлении у Потребителя в результате диагностических мероприятий или в ходе лечения патологии, которая требует экстренного лечения, онкологию, а также патологии, лечение которой невозможно вследствие современного уровня медицинской науки и/или индивидуальных особенностей организма Потребителя, окончательный срок оказания услуг не может быть установлен и сторонами не устанавливается.

**4.5.** Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от договора в любой момент при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных расходов.

**4.6.** Исполнитель вправе отказаться от договора в установленном законом порядке в случае нарушения Потребителем (Заказчиком) его существенных условий, под которыми стороны признают:

- невыполнение Потребителем (Заказчиком) обязательств по оплате услуг;

- несоблюдение Потребителем врачебных рекомендаций, ненадлежащее использование медицинских изделий или наличие иных обстоятельств по вине Потребителя, которые могут снизить качество предоставляемых медицинских услуг, несмотря на своевременное и обоснование информирование Исполнителем Потребителя (Заказчика);

- при многократном (два и более раза) и (или) однократном грубом нарушении Потребителем локальных нормативных актов Исполнителя, регламентирующих порядок предоставления услуг;

- при систематическом некорректном (грубом, неуважительном, унижающем, противоправном и т.п.) отношении, поведении Потребителя (Заказчика) к работникам Исполнителя, Потребителем.

**4.7.** В случае объективной невозможности исполнения настоящего договора любой из сторон, а также при прекращении настоящего договора по предусмотренным в настоящем разделе или законе основаниям, при наличии предоплаты со стороны Потребителя (Заказчика), Исполнитель в течение десяти дней со дня обращения к Исполнителю с письменным заявлением осуществляет возврат денежных средств за исключением стоимости фактически оказанных услуг и понесенных расходов.

#### 5. Ответственность

**5.1.** Исполнитель гарантирует проведение медицинских манипуляций квалифицированными специалистами, применение оборудования, лекарственных средств и изделий медицинского назначения, разрешенных к использованию на территории РФ.

**5.2.** Условиями соблюдения Исполнителем гарантийных обязательств являются: выполнение Потребителем врачебных рекомендаций, профилактических мероприятий, назначенных Исполнителем; отсутствие коррекции качественных результатов работ Исполнителя специалистами других медицинских организаций или самим Потребителем; обращение Потребителя к Исполнителю при наличии жалоб на дискомфорт, или каких-либо нежелательных реакций, связанных с лечением; предоставлении Потребителем всей медицинской документации и результатов обследования из других медицинских организаций при обращении Потребителя за неотложной помощью.

**5.3.** Гарантийные обязательства не сохраняются в случае выявления или возникновения в период гарантийного срока заболеваний внутренних органов и/или изменений физиологического состояния организма (беременность, длительный прием лекарственных средств, вредные внешние воздействия и проч.), которые не охватывались настоящим договором и не являлись предметом оказания услуг по нему. Гарантийные обязательства Исполнителя определяются в каждом случае индивидуально и зависят от клинической картины на момент обращения, в процессе лечения, приживления имплантата или трансплантата (если применимо), наличия или отсутствия сопутствующей патологии и осложнений, а также соблюдения Потребителем рекомендаций.

**5.4.** Исполнитель освобождается от ответственности, если докажет, что медицинские услуги были оказаны качественно, в случае наличия обстоятельств непреодолимой силы, а также в случае нарушения Потребителем установленных правил использования работы (услуги), под которыми в медицинской практике могут пониматься: невыполнение или нерегулярное выполнения Потребителем врачебных рекомендаций; самовольное прерывание проводимого лечения, самолечение.

**5.5.** Исполнителя может быть освобожден от ответственности в случаях прерывание лечения по причинам, связанным с нарушением Потребителем (Заказчиком) условий по настоящему договору.

**5.6.** При несовпадении в одном лице Заказчика, как плательщика по настоящему договору, и Потребителя, имущественную ответственность за неисполнение обязательств по оплате стороны несут солидарно.

**5.7.** При обращении Потребителя (Заказчика) к Исполнителю с претензиями в связи с исполнением или ненадлежащим исполнением Исполнителем обязательств по настоящему договору Исполнитель вправе осуществлять оценку качества оказания медицинских услуг, при этом Исполнитель вправе привлекать к проведению оценки качества услуг специалистов, не являющихся работниками Исполнителя, в том числе работников экспертных и юридических организаций соответствующего профиля. Потребитель (Заказчик) даёт согласие на предоставление медицинской документации, содержащей сведения о состоянии здоровья Потребителя, лицам, не являющимся работниками Исполнителя для оценки качества медицинской помощи либо оказания юридических услуг; при этом стороны соглашаются, что предоставление медицинской документации в случае, предусмотренном настоящим пунктом договора, не является нарушением врачебной тайны со стороны Исполнителя.

**5.8.** В целях обеспечения качества оказания медицинской помощи очень важным является достоверное и полное информирование Исполнителя о наличии у Потребителя заболеваний и/или физиологических состояний, которые могут влиять на проводимое лечение.

**5.9.** Под обстоятельствами непреодолимой силы и обстоятельствами, находящимися вне разумного контроля сторон, последние понимают: стихийные бедствия, пандемию, эпидемии, военные действия, террористические акты, беспорядки, пожары, аварии, непредвиденные отключения воды или электричества, забастовки и локауты, затруднения в работе транспорта и транспортной инфраструктуры, повреждения объектов критической инфраструктуры, замедления работы, занятий предприятий или их помещений, остановки в работе, происходящие на предприятии стороны, которая просит об освобождении от ответственности, акты государственной власти, введение особых режимов и положений, делающих невозможной или существенно затрудняющей деятельность сторон и других чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств. Сторона, ссылающаяся на обстоятельства непреодолимой силы, обязана в течение 30 дней с момента их наступления информировать другую сторону о наступлении вышеуказанных обстоятельств в письменной форме с приложением соответствующих подтверждающих документов.

#### **6. Заключительные положения**

**6.1.** В случае опубликования Потребителем (Заказчиком), в том числе анонимно, в СМИ или в сети Интернет недостоверных сведений, касающихся оказания медицинских услуг Исполнителем, Потребитель (Заказчик) предоставляет Исполнителю право опубликовать в том же или ином источнике опровержение.

**6.2.** Потребитель проинформирован, что Исполнитель проводит видеонаблюдение с

фиксацией видео и аудио данных, а также запись телефонных разговоров в целях обеспечения безопасности присутствующих в клинике и проведения контроля качества оказания медицинских услуг.

**6.3.** Стороны допускают при заключении и подписании настоящего договора использование Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи - постановки штампа-факсимиле и признают равную юридическую силу за Исполнителем собственноручной и факсимильной подписи.

**6.4.** Настоящий договор составлен на русском языке в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя. При несовпадении в одном лице Потребителя и Заказчика и отсутствия у Заказчика статуса законного представителя Потребителя, договор составляется в трёх экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй – у Потребителя, третий – у Заказчика.

**6.5.** Все изменения и дополнения к настоящему договору вносятся в той же форме, что и сам договор, и вступают в силу с момента подписания сторонами.

**6.6.** Документы, подтверждающие постановку диагноза, выбор тактики лечения, объем и сроки проведенного лечения, хронологию лечения, а также анкеты Потребителя, информированные добровольные согласия Потребителя (законного представителя) на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства и иные медицинские документы, относящиеся к оформлению услуг по настоящему договору, хранятся у Исполнителя.

**6.7.** В случае получения Потребителем медицинских услуг в других медицинских организациях, направленных на достижение результатов по настоящему договору либо связанных с услугами по настоящему договору, Потребитель даёт свое согласие на взаимный обмен между Исполнителем и данными медицинскими организациями сведениями, составляющими врачебную тайну и персональные данные, включая ссылки на настоящий договор с цитированием необходимых пунктов в подтверждение наличия такого права.

**6.8.** Поскольку медицинские услуги носят нематериальный характер, то в случае наличие спора об объемах оказанных услуг стороны договорились считать надлежащим доказательством отраженные в медицинской карте Потребителя сведения, в частности, дневниковые записи.

**6.9.** Потребитель (Заказчик) подписанием настоящего договора подтверждает, что он (она) проинформирован(а) о режиме работы Исполнителя и порядке оказания платных медицинских услуг.

**6.10.** Подписание настоящего договора со стороны Потребителя (Заказчика) свидетельствует о получении им со стороны Исполнителя доступной, достоверной и полной информации.

**6.11.** Потребитель (Заказчик) подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель ознакомил его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «11» мая 2023 г. №736), а также с действующими в <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ПОЛНОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ> (<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>):

- Прейскурантом на платные медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- Правилами поведения пациента в <ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>;
- Положением о внутреннем распорядке детской игровой комнаты клиники

<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ> (при наличии).

#### **7. Подписи и реквизиты сторон**

**7.1.** Адреса и реквизиты сторон, указанные в настоящем разделе, являются надлежащими и достаточными для осуществления сторонами извещений, уведомлений, направления претензий, заявлений, рекламаций.

**7.2.** Стороны обязуются незамедлительно уведомлять друг друга о любых изменениях в указанных ниже реквизитах.

#### **Исполнитель:**

<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ПОЛНОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>  
<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>

Юридический адрес:

<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>

Фактический адрес:

<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ФАКТИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>

ИНН: <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ИНН>

КПП: <ОРГАНИЗАЦИЯ\_КПП>

ОГРН: <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ОГРН>

Банковские реквизиты:

р/с №

<ОРГАНИЗАЦИЯ\_РАССЧЕТНЫЙ\_СЧЕТ>

в <БАНК>

К/с <БАНК\_КОРР.СЧЕТ>

БИК: <БАНК\_БИК>

E-mail: info@medlux75.ru

Телефон:

Адрес сайта в сети "Интернет":  
<https://medlux75.ru/>

Директор: <ДИРЕКТОР>

<КЛИШЕ>

подпись

М.П. <ПЕЧАТЬ>

#### **Потребитель:**

ФИО <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>  
Паспорт: серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>

Кем и когда выдан: <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>

<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>

Зарегистрирован

<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

E-mail:



/<ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>/

Заказчик:

ФИО

<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ\_Б>

Паспорт: серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>

Кем и когда выдан: <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>

<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>

Зарегистрирован

<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

Телефон: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

E-mail:



/<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>/

подпись

ФИО

Экземпляр договора на руки получил(а)



<ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г>г.

Подпись Заказчика (Потребителя)

**Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство**

Я, <ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>,  
<ПАЦИЕНТ\_ДР\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ> года рождения,  
зарегистрированный по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>,  
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  
первой 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), для получения мною  
первой медико-санитарной помощи или получения первой медико-  
санитарной помощи лицом (представляемым), законным представителем  
которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) - <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>,  
<ПАЦИЕНТ\_ДР>  
в <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ПОЛНОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>  
(<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>), ОГРН  
<ОРГАНИЗАЦИЯ\_ОГРН>, ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ИНН>, юридический  
адрес: <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>)  
Медицинским работником \_\_\_\_\_  
(должность, Ф. И. О. 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  
остсложнений, 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  
здравья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства  
Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).  
Добровольно даю свое согласие на проведение мне (или представляемому  
Пациенту) в соответствии с назначениями врача диагностических исследований:  
анализа крови общего и биохимического, исследований крови на наличие вируса  
иммунодефицита человека, вирусных гепатитов, бледной трепонемы, анализа  
мочи общего, электрокардиографии; проведения рентгеновских, ультразвуковых  
и эндоскопических исследований я лечебных мероприятий: прием

таблетированных препаратов, инъекций, внутривенных вливаний,  
диагностических и лечебных пункций, физиотерапевтических процедур и  
других медицинских вмешательств, включенных в Перечень.

Я информирован(а) о целях, характере и неблагоприятных эффектах  
диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного  
причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому)  
делать во время их проведения;

Я извещен(а) о том, что мне (представляемому Пациенту) необходимо регулярно  
принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно  
сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом  
прием любых не прописанных лекарств;

Я предупрежден(а) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-  
охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима  
приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария  
и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения  
и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

Я обязуюсь поставить в известность врача обо всех проблемах, связанных со  
здравьем, в том числе об аллергических (реакциях и проявлениях) или  
индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех  
перенесенных мною (представляемым) известных мне травмах, операциях,  
заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической,  
химической и биологической природы, воздействующих на меня  
(представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных  
средствах. Я обязуюсь сообщать правдивые сведения о наследственности, а  
также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств;

Сведения о выбранных мною лицах, 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),



(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон, e-mail)

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя  
гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

<ДАТА\_Д><ДАТА\_М><ДАТА\_Г>

**Согласие на обработку персональных данных**

г. Чита

&lt;ДАТА\_Д&gt; &lt;ДАТА\_М&gt; &lt;ДАТА\_Г&gt; г.

Я, **<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>**,  
<ПАЦИЕНТ\_ДР\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ> г.р., паспорт  
<ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>, выданный  
<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> г. <ПАСПОРТ\_ВЫДАН>, проживающий по  
адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, лично и (или) являясь  
законным представителем <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> ,  
<ПАЦИЕНТ\_ДР> г.р., документ удостоверяющий личность паспорт  
<ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР> выданный  
<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> г. <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> , проживающим(ей)его  
по адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, свободно, сознательно,  
своей волей и в наших интересах в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006г. №  
152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие  
<ОГРАНИЦАИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ> (ОГРН  
<ОГРАНИЦАИЯ\_ОГРН>, ИНН <ОГРАНИЦАИЯ\_ИНН>, юридический  
адрес: <ОГРАНИЦАИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>) на обработку (сбор,  
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),  
использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) наших  
персональных данных любым способом, в том числе путем механической,  
автоматической обработки, обработки с помощью программных и  
вычислительных средств, средств связи в течение тридцати лет с момента  
подписания настоящего согласия.

В настоящем согласии под персональными данными понимаются любые  
относящиеся к указанным в настоящем согласии лицам сведения и информация:  
фамилия, имя, отчество, год, месяц, дата и место рождения, адрес, семейное,  
социальное, имущественное положение, образование, профессия, паспортные  
данные, ИНН, СНИЛС, номер телефона и иные контактные данные, данные о  
состоянии здоровья, биометрические персональные данные, фотографии,  
аудиозаписи и видеоматериалы, а также другая информация, которые были  
(будут) переданы оператору данных мной или поступили (поступят) к нему  
иным способом.

Обработка наших персональных данных допускается для следующих целей:  
оказания любых услуг, реализации любых товаров, защита прав и интересов  
оператора или указанных в настоящем согласии лиц, предоставление  
финансовых и информационных услуг, продвижение товаров и услуг, их реклама  
любым способом, повышение качества обслуживания, распространение  
информационных сообщений, представления в органы власти, взыскания  
задолженности в любом порядке, передача прав требования.

Я извещен(а) о том, что субъект персональных данных может в любое время  
отозвать согласие на обработку персональных данных посредством направления  
соответствующего письменного сообщения ценным письмом с описью  
вложения по адресу: <ОГРАНИЦАИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС>

Я также извещен(а), что любые действия, предусматривающие обработку  
персональных данных, в случае отзыва настоящего согласия будут прекращены  
в течении десяти рабочих дней с момента фактического получения письменного  
сообщения об отзыве.

Согласен / не согласен (нужное подчеркнуть) на получение сообщений  
посредством SMS-сообщений, сообщений в мессенджерах, мобильных  
приложениях, социальных сетях.

Текст данного согласия мною прочитан и понятен мне полностью, соответствует  
моему волеизъявлению.

 /  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>/

Я, **<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>**, паспорт  
<ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР>, выданный  
<ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> г. <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> проживающий по  
адресу: <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, лично и (или) являясь  
законным представителем <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ> , <ПАЦИЕНТ\_ДР>  
г.р., документ удостоверяющий личность паспорт <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> №  
<ПАСПОРТ\_НОМЕР>, выданный <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ> г.,  
<ПАСПОРТ\_ВЫДАН> проживающий по адресу:  
<ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, телефон: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>,  
на основании ст. 18 Федерального закона от 13 марта 2006 г. № 38-ФЗ «О  
рекламе», ст. ст. 9, 15 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О  
персональных данных», ст. 44.1 Федерального закона от 7 июля 2003 г. № 126-  
ФЗ «О связи»:

даю свое согласие (<ОГРАНИЦАИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>,<ОГРАНИЦАИЯ\_ОГРН>/<ОГРАНИЦАИЯ\_ИНН>) на получение рекламы

не даю свое согласие (<ОГРАНИЦАИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>,<ОГРАНИЦАИЯ\_ОГРН>/<ОГРАНИЦАИЯ\_ИНН>) на получение рекламы

\*проставить  на против пунктов в пустых ячейках

Согласие на обработку персональных данных:

даю свое согласие (<ОГРАНИЦАИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>,<ОГРАНИЦАИЯ\_ОГРН>/<ОГРАНИЦАИЯ\_ИНН>)

не даю свое согласие (<ОГРАНИЦАИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>,<ОГРАНИЦАИЯ\_ОГРН>/<ОГРАНИЦАИЯ\_ИНН>)

на обработку персональных данных, содержащихся в настоящем согласии, с  
целью направления мне указанной выше информации, включая сбор,  
систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение),  
использование, распространение (в том числе передачу), обезличивание,  
блокирование, уничтожение персональных данных.  
Настоящее согласие действует 3 (три) года с момента его подписания.

Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных (оставить нужное):

- письменным заявлением, направленным по адресу: (вписать нужное) \_\_\_\_\_;

- электронным письмом, направленным на адрес электронной почты: (вписать нужное)  
\_\_\_\_\_;

- телефонным звонком на номер: <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

 /  
<ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>/

**Согласие на получение sms-сообщений, рекламы или другой информации**

г. Чита

&lt;ДАТА\_Д&gt; &lt;ДАТА\_М&gt; &lt;ДАТА\_Г&gt;

**СОГЛАСИЕ на передачу персональных данных в ЕГИСЗ**

Я <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>,

(фамилия, имя, отчество (при наличии) **субъекта персональных данных**)

СНИЛС <СНИЛС> телефон <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

Документ удостоверяющий личность Паспорт: серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР> Выдан: <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>, адрес места регистрации (с индексом): <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>, адрес электронной почты (при наличии)

Раздел заполняется:

- законным представителем лица, не достигшего возраста 18 лет,
- законным представителем лица, признанного недееспособным,
- представителем по доверенности (иному документу).

Я, <ПАЦИЕНТ\_ЗАКОННЫЙ\_ПРЕДСТАВИТЕЛЬ>,

(фамилия, имя, отчество **представителя субъекта персональных данных** полностью)

СНИЛС <СНИЛС> телефон <ПАЦИЕНТ\_ТЕЛЕФОН>

Документ удостоверяющий личность Паспорт: серия <ПАСПОРТ\_СЕРИЯ> № <ПАСПОРТ\_НОМЕР> Выдан: <ПАСПОРТ\_ВЫДАН> <ПАСПОРТ\_ДАТА\_ВЫДАЧИ>, адрес места регистрации (с индексом): <ПАЦИЕНТ\_АДРЕС\_РЕГИСТРАЦИИ>

адрес электронной почты (при наличии)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия

представителя:

являющийся представителем <ПАЦИЕНТ\_ФИО\_ПОЛНОЕ>,

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

<ПАЦИЕНТ\_ДР> года рождения,

(дата рождения)

реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя:

в соответствии с подпунктом «е» пункта 6 Постановления Правительства РФ от 1 июня 2021 г. N 852 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково") и признании утратившими силу некоторых актов Правительства РФ» согласие на передачу следующих моих персональных

*отметка о даче согласия или его отсутствия*

данных (персональных данных представляемого мною лица) <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ПОЛНОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ> (<ОРГАНИЗАЦИЯ\_СОКРАЩЕННОЕ\_НАИМЕНОВАНИЕ>) расположенному по адресу, <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ЮРИДИЧЕСКИЙ\_АДРЕС> (ОГРН <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ОГРН>, ИНН <ОРГАНИЗАЦИЯ\_ИНН> в ЕГИСЗ: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, семейное и социальное положение, место работы и занимаемая должность, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), Сведения о заболеваниях (состояниях), Сведения о назначенных и отпущенных лекарственных препаратах с указанием средства идентификации лекарственных препаратов (кроме розничной продажи), специализированных продуктах лечебного питания, Сведения об оказанной медицинской помощи, Документы, формируемые при направлении пациентов в федеральную медицинскую организацию (направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, выписка из медицинской документации, сведения о согласии на обработку персональных данных пациента и (или) его законного представителя), Сведения, содержащиеся в талоне на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, Сведения об отказе в госпитализации или о необходимости изменения плановой даты госпитализации, Результаты оказания высокотехнологичной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи, рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению и медицинской реабилитации, Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинское заключение об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, Сведения о наличии оснований для внеочередного медицинского освидетельствования и об аннулировании действующего медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием (при наличии такого заключения), Медицинское свидетельство о смерти и перинатальной смерти (далее - документ о смерти), сведения об умершем лице, предусмотренные формой документа о смерти, Медицинские свидетельства о рождении, сведения о родившемся, предусмотренные формой документа о рождении Иные сведения федеральных информационных систем в сфере здравоохранения, федеральных баз данных и федеральных регистров в сфере здравоохранения, предусмотренные нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный действующим законодательством. Отзыв согласия осуществляется путем подачи письменного заявления, не менее чем за 3 рабочих дня до даты отзыва согласия.

<ДАТА\_Д> <ДАТА\_М> <ДАТА\_Г>  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

