**Потребитель подтверждает, что до заключения настоящего договора исполнитель:**

**- уведомил его 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;**

**- информировал его об ориентировочной стоимости лечения, а также о том, что в процессе лечения стоимость может быть изменена в связи с обстоятельствами, обусловленными клинической ситуацией, и окончательная стоимость лечения будет определена по его завершении.**

  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 ФИО подпись потребителя

  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

 ФИО подпись заказчика

**Договор на оказание платных медицинских услуг**

г. Саратов \_ \_/­­­­­\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**"Заказчик"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(ФИО заказчика)**

**для "Потребителя" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **(ФИО потребителя)**

соднойстороны, и **медицинская организация** **ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС»** (далее медицинская организация), адрес места нахождения: 410012, Саратовская область, г. Саратов, ул. им. Ст. Разина, д. 54, пом. 2А, ОГРН 1206400009452 от 09.06.2020 г. МИФНС № 19 по Саратовской области, ИНН: 6451017368, Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе по месту жительства от 11.04.2022 г, МФНС № 8 по Саратовской области (6452 по г. Саратову (территориальный участок Кировского района)), имеющая лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01020-64/00152541 от 28.04.2022 г. выданную Министерством здравоохранения Саратовской области (г. Саратов, ул. Железнодорожная, 72, корпус 2,тел: 8(8452) 51-55-52), ( перечень работ ( услуг), определяет перечень оказываемых медицинских услуг: 1000. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): 1000.1. при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 1000.1.17. сестринскому делу;1000.2. при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 1000.2.4. педиатрии; 1000.2.5. терапии; 1000.4. при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: 1000.4.8. гастроэнтерологии; 1000.4.25. косметологии; 1000.4.32. неврологии; 1000.4.33. нейрохирургии; 1000.4.36. организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, 1000.4.38. остеопатии; 1000.4.44. психиатрии; 1000.4.51. рефлексотерапии, именуемая в дальнейшем «Исполнитель**», в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** действующего на основании Доверенности № \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ОПРЕДЕЛЕНИЯ**

 1.1. Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, имеют значения, как указано ниже:

* **«платные медицинские услуги» -** медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров;
* **«потребитель» -** физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* **«исполнитель» -** медицинская организация (ООО «Ренессанс-С»), предоставляющая платные медицинские услуги;
* **медицинский работник** - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности.
* **«медицинская организация» -** юридическое лицо, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

**2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

2.1. По настоящему договору исполнитель оказывает потребителю медицинские услуги, указанные в Приложении №2 к настоящему договору в соответствии с лицензией, согласно действующему прейскуранту на платные медицинские услуги (далее - прейскурант), а заказчик обязуется оплатить оказанные услуги.

2.2. Получателем медицинской услуги в соответствии с настоящим договором является потребитель.

2.3. В соответствии со ст. 779 Гражданского кодекса РФ стороны пришли к соглашению, что предметом настоящего Договора является процесс оказания медицинской услуги, а не ее результат.

2.4. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке федеральными органами исполнительной власти. Предоставление медицинских услуг по настоящему договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, а также при наличии согласия на обработку персональных данных (приложение №1 к настоящему договору).

2.5. Данный договор является рамочным по смыслу ст. 429.1 ГК РФ и определяет общие условия оказания всех услуг потребителю. Перечень, стоимость и сроки предоставления медицинских услуг, оказываемых потребителю в соответствии с настоящим договором, определяются совокупностью приложений №2 к настоящему договору, количество которых не ограниченно в течение срока действия настоящего договора.

2.6. Подписав настоящий договор, потребитель (заказчик) подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

2.7. Потребитель (заказчик) знает и осознает вероятность (но не обязательность) побочных эффектов медицинского вмешательства и осложнений, что может причинить вред здоровью потребителя.

2.8. Потребитель (заказчик) подтверждает, что до заключения настоящего договора исполнитель предоставил в доступной форме, а потребитель (заказчик) ознакомился со следующими документами, содержащими информацию о платных медицинских услугах:

- с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от «04» октября 2012 г. №1006);

- с действующим в ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» прейскурантом на платные медицинские услуги,

- с Положением об оказании платных медицинских услуг в ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС»;

- с Правилами внутреннего распорядка и условиями предоставления медицинских услуг для пациентов ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС»;

- с информацией о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

2.9. Информация о платных медицинских услугах, а также об исполнителе размещена на информационных стендах (стойках) исполнителя, на интернет-сайте исполнителя в сети Интернет по электронному адресу http://saratovdens

2.10. Заключая настоящий договор, пациент осознает, что любое медицинское вмешательство сопряжено с известной долей риска, может вызвать отклонения от нормы в самочувствии (болезненность, чувство дискомфорта, повышение температуры тела и т.д.) как во время медицинского вмешательства, так и после него (в послеоперационном периоде и т.д.), а также с определенными моральными переживаниями по поводу результатов лечения, взаимоотношений с окружающими и т.д.

2.11. Заказчик оплачивает исполнителю стоимость лабораторных исследований, включая стоимость забора биологического материала и прочих накладных расходов.

2.12. Подписав настоящий договор, потребитель (заказчик) ознакомлен с тем, что лабораторные исследования взятого у потребителя биологического материала будут осуществляться ООО «НПФ «ХЕЛИКС» в рамках заключенного договора об оказании платных медицинских услуг № ПФО-ДОАУ – 000080695/23 от 26.07.2023 г., № ПФО – ДОУ -000080691/23 от 26.07.2023 г., ООО «ДиаЛаб Плюс» № 12695/07/23 от 19.07.2023 г.

 Ознакомлен \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 ФИО подпись Потребителя ФИО подпись Заказчика

**3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН.**

**3.1. Исполнитель обязуется:**

3.1.1. Оказать потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых платных медицинских услуг, согласно Приложению №2 к настоящему договору.

3.1.2. Оказать медицинские услуги качественно, в полном объеме в соответствии с настоящим договором.

3.1.3. Предоставить потребителю (заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.

3.1.4. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.1.5. Оказать потребителю медицинскую услугу с целью достижения наиболее благоприятного из возможных результатов, с учетом индивидуальных анатомических и физиологических особенностей, ограничивающих возможности исполнителя и назначить лечебно-профилактические мероприятия.

3.1.6. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.

3.1.7. Информировать потребителя о характере возможных осложнений, о способах профилактики осложнений.

3.1.8. После оказания медицинских услуг выдать потребителю медицинские предписания, назначения, рекомендации для достижения и сохранения результатов оказания медицинских услуг.

3.1.9 Немедленно извещать потребителя (заказчика) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

3.1.10. В случае возникновения неотложных состояний у пациента, исполнитель вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

**3.1.11. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».**

3.1.12. При невозможности оказания медицинской помощи в экстренном порядке силами исполнителя, исполнитель обязан вызвать бригаду скорой помощи или самостоятельно транспортировать потребителя за счет исполнителя до медицинского учреждения, где ему будет оказана необходимая медицинская помощь.

**3.2. Потребитель обязуется:**

3.2.1. Оплатить медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, согласно прейскуранту, действующему на момент предоставления медицинской услуги и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора,

3.2.2. Предоставить исполнителю (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных не исполнителем (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в т.ч. об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.2.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации медицинских работников, оказывающих медицинские услуги по настоящему договору; являться на прием к лечащему врачу в назначенное время.

3.2.4. При получении медицинских услуг незамедлительно сообщать исполнителю (медицинскому работ-нику) о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, ко-торые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

3.2.5. Не осуществлять самостоятельного лечения в рамках клинических случаев, составляющих предмет настоящего договора. Согласовывать с исполнителем (медицинским работником) любое лечение (инвазивное/неинвазивное), а также массаж, физиопроцедуры, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, и т. д.

3.2.6. Соблюдать внутренний режим нахождения в ООО «Дом здоровья Саратов - ДЭНС», лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

**3.3. Заказчик обязуется:**

3.3.1. Оплатить медицинские услуги, перечень которых указан в Приложении №2, согласно прейскуранту, действующему на момент предоставления медицинской услуги и в порядке, определенном разделом 4 настоящего Договора.

 **3.4. Исполнитель имеет право:**

3.4.1. Самостоятельно определять характер диагностики, лечения, манипуляций необходимых для достижения наиболее благоприятного из возможных результатов лечения.

3.4.2. Не оказывать услугу, если у пациента имеются противопоказания к какой-либо конкретной манипуляции.

3.4.3. Исполнитель имеет право одностороннего отказа от выполнения медицинских услуг в рамках настоящего договора в случаях, угрожающих здоровью Потребителя.

3.4.4. Исполнитель имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке в связи с невозможностью его исполнения по вине пациента (Заказчика): при неоднократной неявке на прием, несоблюдении врачебных предписаний, неоднократном нарушении Правил внутреннего распорядка и условий предоставления медицинских услуг для пациентов ООО «Дом здоровья Саратов - ДЭНС», а также при невозможности установить с пациентом отношения терапевтического сотрудничества.

**3.5. Потребитель имеет право:**

3.5.1. На получение доступной, достоверной информации об исполнителе, о предоставляемой медицинской услуге;

3.5.2. На отказ от получения медицинских услуг с возмещением исполнителю фактически понесенных им расходов.

3.5.3. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.

**4. ЦЕНА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

4.1. Стоимость платных медицинских услуг по настоящему договору определяется по прейскуранту, действующему на момент оказания медицинской услуги. Перечень, стоимость и сроки оказания медицинских услуг согласовываются с заказчиком (приложение № 2 к настоящему договору). Цена настоящего договора составляет сумму всех платежей, указанных в приложении №2, которые осуществляет потребитель за оказанные медицинские услуги на протяжении действия настоящего договора.

4.2. Оплата медицинских услуг по настоящему договору осуществляется следующими способами:

 - путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу исполнителя по факту оказания медицинской услуги.

 - в форме 100 % предварительной оплаты согласованного перечня медицинских услуг путем внесения наличных или безналичных денежных средств в кассу исполнителя, либо путем безналичного перечисления денежных средств на р/счет исполнителя.

4.3. В случае отказа потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг, предварительная оплата ему возвращается за вычетом фактически понесенных исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору.

**4.4. Стоимость услуг, определяемая абонементом.**

В период действия настоящего Договора и использования абонемента стоимость услуг не может быть изменена Исполнителем в одностороннем порядке (вследствие инфляции, расширения объема услуг и иных причин).

4.5. При возникновении необходимости, для качественного оказания медицинской услуги, выполнения работ, не предусмотренных договором и приобретенным абонементом, они выполняются с согласия Заказчика с оплатой в соответствии с прейскурантом Исполнителя на дату оказания таких услуг.

4.6. Оплата абонемента производится Заказчиком на условиях предоплаты в размере 100 (Сто) % (процентов) от стоимости такого абонемента.

4.7. Оплата курса (абонемента) по договоренности сторон может осуществляться авансовыми платежами частично равными долями.

4.8. При приобретении абонемента Заказчик соглашается с условиями его использования.

4.9. Датой оплаты считается дата поступления денежных средств в кассу Исполнителя.

4.10. В случае отказа Потребителя или Заказчика от дальнейшего прохождения курсового лечения (абонемента), производиться перерасчет стоимости оказанных услуг согласно прейскуранта цен за 1 (одну) услугу, помноженную на количество оказанных услуг. Неиспользованная оплаченная часть абонемента возвращается заказчику. Срок расчетов устанавливается в 5 (пять) рабочих дней.

4.11. В случае частичной оплаты абонемента, производиться перерасчет стоимости оказанных услуг согласно прейскуранта цен за 1 (одну) услугу, помноженную на количество оказанных услуг. Расхождения в стоимости, количестве оказанных услуг и произведенной оплаты возмещаются сторонами относительно разницы перерасчетов. Срок расчетов устанавливается в 5 (пять) рабочих дней.

**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. Вред, причиненный жизни или здоровью потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель освобождается от ответственности перед потребителем в случае возникновения осложнений, побочных результатов, ухудшения первоначально достигнутого результата у потребителя в случаях:

 - самостоятельного лечения потребителя, не согласованного с лечащим врачом;

 - невыполнения потребителем назначений врача, назначенного режима лечения;

 - неявки потребителя в сроки, утвержденные планом лечения, либо указанные в выписных рекомендациях.

 - действия обстоятельств непреодолимой силы, не позволяющих исполнителю завершить лечение;

 - выявления после начала лечения заболеваний (отклонений от нормы) потребителя, которые являются медицинскими противопоказаниями к продолжению дальнейшего лечения, либо могут негативно повлиять на эффект лечения;

 - если Потребитель умышленно или по неосторожности скрыл или дал Исполнителю ложную информацию о своих прошлых заболеваниях, оперативных вмешательствах, аллергических реакциях и реактивных психических состояниях в документах, имеющих отношение к настоящему Договору, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством;

- если исполнитель принял все меры для надлежащего исполнения своих обязательств, проявил всю степень заботы и осмотрительности, какая требовалась от медицинского персонала (на основании п.1. ст.401 Гражданского Кодекса РФ).

**6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Любая договоренность между сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями сторон.

6.2. Условия настоящего договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию сторон. Одностороннее изменение условий договора не допускается, а, будучи допущенным любой из сторон, признается не имеющим юридической силы.

6.3. Исполнитель в соответствии со ст. 36 Закона РФ от 07.02.1992 №2000-1 «О защите прав потребителей» вправе в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора с потребителем в случае, если исполнитель уведомил потребителя об обстоятельствах, зависящих от потребителя и способных снизить качество оказываемой медицинской услуги, но потребитель такие обстоятельства не устранил.

6.4. Действие настоящего договора прекращается в случаях:

- ликвидации исполнителя;

- принятия судом решения о признании договора недействительным;

- по соглашению сторон, совершенному в письменной форме по инициативе любой из них;

- отказа потребителя после заключения настоящего договора от получения медицинских услуг. Отказ потребителя от получения медицинских услуг по настоящему договору оформляется в письменной форме и направляется исполнителю.

- отказа исполнителя после заключения настоящего договора от предоставления медицинских услуг в связи с невозможностью его исполнения по вине потребителя (пациента). Процедура одностороннего отказа исполнителя от исполнения договора на оказание медицинских услуг включает следующие этапы:

 а) письменное уведомление пациента-потребителя о необходимости надлежащего исполнения обязательств, нарушение которых может повлечь невозможность исполнения услуги.

 б) письменное уведомление пациента-потребителя о намерении в одностороннем порядке отказаться от исполнения договора. В нем должны быть указаны: причины, послужившие поводом для отказа; уведомление о необходимости продолжить лечение в плановом порядке в другой медицинской организации и указание на возможные последствия отказа от дальнейшего медицинского вмешательства; выписка из медицинской карты пациента для предоставления в иную медицинскую организацию с целью обеспечения преемственности процесса лечения и качества медицинских услуг.

 в) письменное уведомление пациента-потребителя о расторжении договора в одностороннем порядке.

6.5. Во всех случаях расторжения договора стороны обязаны в течение 5 рабочих дней произвести взаимные расчеты, связанные с исполнением настоящего договора, в том числе при необходимости по возмещению убытков, которые могут возникнуть в результате прекращения договорных отношений и согласно действующему законодательству РФ.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ.**

7.1. При возникновении споров стороны будут стремиться разрешить сложившуюся ситуацию путем переговоров. Если согласие не достигнуто, споры рассматриваются в соответствии с действующим законодательством РФ.

7.2. Претензии пациента оформляются в письменной форме и рассматриваются Исполнителем в течение 10 рабочих дней. Претензии, касающиеся качества оказания платных медицинских услуг рассматриваются врачебной комиссией исполнителя. По результатам рассмотрения претензии, при взаимном согласии, сторонами подписывается соглашение о досудебном урегулировании претензии.

7.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**8. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

8.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой стороны.

8.2. Конфиденциальной по настоящему договору признается следующая информация:

- сведения о заболеваниях.

- персональные данные пациента;

8.3. Потребитель дает свое согласие на обработку исполнителем информации, указанной в настоящем договоре (а также иных персональных сведений, получаемых исполнителем при исполнении настоящего договора, любыми способами, установленными законом, с целью исполнения договора, а также информирования потребителя о сроках действия договора.)

**9. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

9.1. Настоящий Договор заключается в 3-х экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у потребителя, третий - у заказчика.

9.2. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и заключен на 5 (пять) лет.

9.3. Заболевания и иные патологические состояния, о которых стороны не знали и которые не были выявлены в процессе действия настоящего договора (выявление которых не предусмотрено стандартами и протоколами в медицине), а также обстоятельства, которые на современном уровне развития медицинской науки и практики не могут быть однозначно спрогнозированы, диагностированы и предотвращены, рассматриваются сторонами как обстоятельства форс-мажора в соответствии с ч. 4 ст. 29 Закона о защите прав потребителей.»

9.4. После исполнения настоящего договора исполнитель в необходимых случаях выдает потребителю медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов).

**10. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:**ООО «ДОМ ЗДОРОВЬЯ САРАТОВ — ДЭНС»**Юридический, фактический адрес: 410012, Саратовская область, г. Саратов, Ул. им. Ст. Разина, д. 54, пом. 2АИНН 6451017368, КПП 645201001ОГРН 1206400009452 Банк: Филиал «Нижегородский «АО Альфа — Банк», р/сч: 40702810529610001538к/с 330101810200000000824 в ВОЛГО-ВЯТСКОЕ ГУ БАНКА РОССИИ, БИК 042202824тел: 89272 77 28 24 e-mail: saratovdensmc@yandex.ruАдминистратор   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ МП | ЗАКАЗЧИК/ПОТРЕБИТЕЛЬ **Заказчик:**ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания/регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Конт. Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Потребитель**: ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес проживания/регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Приложение № 1 к договору на

оказание платных медицинских услуг

**СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

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

 *(ФИО Потребителя или законного представителя)*

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

 *(адрес регистрации)*

в соответствии с требованиями статьи 9 федерального закона от 27.07.06 г. "О персональных данных" № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку ООО "Дом здоровья Саратов - ДЭНС" (далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, 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 Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными потребителя, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор 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 договорам ДМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе по договору ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организацией с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

В случае отсутствия возможности передачи сведений, содержащих врачебную тайну, даю согласие на передачу сведений своему представителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактный телефон представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_\_ »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. и действует бессрочно.

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *(расшифровка подписи)*

Приложение № 2 к договору на

оказание платных медицинских услуг

**Уведомление об объеме и условиях оказываемых платных медицинских и иных услуг**

г. Саратов «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_г.

Гражданин(ка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая)поадресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) по настоящему соглашению «Потребитель», Гражданин (ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающий(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый(ая) по настоящему соглашению «Заказчик».

ознакомлены с правами и обязанностями пациента, предусмотренными ст. 41 Конституции Российской Федерации, ст. ст. 18-23, 27 Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

Потребителю и Заказчику, предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной

программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

До заключения договора об оказании платных медицинских и иных услуг мы получили информацию о медицинской организации ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС», о лицензии на право осуществления медицинской деятельности и соответствующем ей перечне платных услуг, которые имеет право оказывать медицинская организация ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС», а также о ценах на платные услуги, условиях, порядке, форме предоставления медицинских услуг и порядке их оплаты, о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации, о графике работы медицинских работников и режиме работы учреждения, о контролирующих органах как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны).

Я, именуемый по настоящему соглашению «Заказчик», получив от работников ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» полную информацию о возможности и условиях предоставления Потребителю бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, хочу воспользоваться своим правом и даю свое согласие на оказание Потребителю платных медицинских и иных услуг и готов их оплатить.

Нам разъяснено, что Потребитель может получить как один из видов платных медицинских и иных услуг, так и несколько видов платных медицинских и иных услуг.

Мною, Заказчиком, добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны виды платных медицинских услуг, которые Потребитель желает получить в ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» и согласен(на) оплатить лечение.

Мы, Заказчик и Потребитель, ознакомлены с положениями настоящего документа путем его прочтения.

Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заказчик:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее соглашение подписано Потребителем и Заказчиком на приеме у лечащего врача после проведения разъяснительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество ответственного лица)

Код услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение № 3 к договору на

оказание платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг в**

**медицинской организации ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС»**

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ, Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг от 04.10.2012г. № 1006

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

(ФИО потребителя, полностью)

получила(а) разъяснения по поводу диагноза и информацию об особенностях течения заболевания. Вероятной длительности лечения, о вероятном прогнозе заболевания.

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

(ФИО потребителя, полностью)

согласен (а) не согласен(а) (нужное подчеркнуть) с проведением мне обследования, лечения, выполнением всех манипуляций в соответствии с отраслевыми стандартами объемов медицинской помощи, мне даны полные разъяснения о характере, целях и примерной продолжительности лечения, возможных неблагоприятных эффектах диагностических процедур, а также о том, что предстоит мне делать во время их проведения.

Я извещен (а) о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать медицинскому персоналу отделения (врачу, медицинской сестре) о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых не прописанных мне в медицинском центре ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» лекарственных препаратов (например, принимаемых мною для лечения соматической патологии (гипертонии, язвенной болезни желудка, сахарном диабете и т.п.).

Я извещен (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) врача, в том числе назначенного режима лечения, приема лекарственных препаратов, бесконтрольное самолечение могут снизить качество предоставляемых платных медицинских услуг, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок, осложнить лечение или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я извещен (а) о вероятном течении заболевания при отказе от лечения.

Я имел (а) возможность задать любые интересующие меня вопросы, касающиеся состояния моего здоровья, заболевания и лечения и получила на них исчерпывающие ответы. Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая меня информация.

В случае отказа от обследования и лечения в МЦ ООО «Дом здоровья Саратов – ДЭНС» всю ответственность за исход заболевания беру на себя.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти. Мое согласие является свободным и основано на полученной мною достаточной информации.

Потребитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия (полностью), И.О.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Фамилия (полностью), И.О.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.