

ДОГОВОР № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ст. Тацинская

« _____ » _____ г.

ООО «Гиппократ-Спа» (адрес местонахождения 347060, Ростовская область, ст. Тацинская, ул. Ленина, д.54), зарегистрированное Межрайонной ИФНС России № 22 по Ростовской области, ИНН 6102032179, ОГРН 1106189001192, в лице директора Кузнецовой Виктории Михайловны, действующей на основании Устава и лицензии на медицинскую деятельность № ЛО-61-01-005697 от «03» февраля 2017 г. (выдана Министерством здравоохранения РО, адрес: г. Ростов-на-Дону, ул. 1-й Конной Армии, 33 тел. 242-41-09), перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность: При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организируются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, педиатрии, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской кардиологии, детской эндокринологии, кардиологии, колопроктологии, косметологии, неврологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), офтальмологии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, эндокринологии, эндоскопии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организируются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, медицинскому освидетельствованию на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического); при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности, именуемый в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны и гражданина РФ

(указывается полностью фамилия, имя, отчество, число, месяц, год рождения, в случае оказания услуг ребенку до 14 лет или недееспособному гражданину данные родителя или иного законного представителя)

проживающий по адресу _____

тел. _____, паспорт серия _____ № _____

выдан _____

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель предоставляет Потребителю **медицинские услуги** по своему профилю деятельности в соответствии с выданной лицензией на осуществление медицинской деятельности, согласно Прейскуранта цен на медицинские услуги (далее-Прейскурант), а Потребитель обязуется оплатить оказанные услуги.

1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, в т.ч. по результатам обследования и лечения, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем с согласия Потребителя с учетом уточненного диагноза и индивидуального течения заболевания, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя. В случае согласия Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг, стороны оформляют дополнительное соглашение на услуги с указанием вида услуг, их стоимости, срока оказания.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

- обеспечить надлежащее качество медицинских услуг, предупредить Заказчика о необходимых ограничениях при проведении лечения и диагностики и возможных негативных последствиях в случае нарушения Заказчиком рекомендаций специалистов Исполнителя;
- оформлять медицинскую документацию в соответствии с действующим законодательством;
- предупреждать Заказчика, в случае если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором;
- не предоставлять Заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Заказчика.

2.2. Заказчик обязуется:

- оплатить услуги в порядке и в сроки, установленные настоящим договором;
- выполнять требования медицинского персонала, обеспечивающие безопасность и качественное предоставление медицинской услуги, в т.ч. выполнять рекомендации лечащего врача;

2.3. Заказчик имеет право выбора специалиста.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТА

3.1. Заказчик производит расчет путем внесения наличных денежных средств в кассу Организации в порядке 100% предоплаты.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием действия обстоятельств непреодолимой силы (форс-мажор).

4.2. Исполнитель не несет ответственности за медицинские осложнения, возникшие в результате нарушения Заказчиком предписаний и рекомендаций Исполнителя.

4.3. Исполнитель несет ответственность за качество и набор действий, составляющих платную медицинскую услугу, которые определяются действующим в момент ее оказания медико-экономическим стандартом или договором на оказание услуг.

4.4. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком только за умышленные виновные действия персонала. Исполнитель не несет ответственности за действия третьих лиц.

4.5. Заказчик несет ответственность за прямой действительный ущерб, нанесенный Исполнителю, в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.6. Заказчик несет ответственность за полноту и достоверность предоставляемых Исполнителю сведений.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ

5.1. Заказчик вправе отказаться от исполнения договора об оказании услуг в любое время при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по данному договору.

5.2. Заказчику разъяснен порядок и условия получения данной медицинской услуги на безвозмездной основе в рамках программы (территориальной программы) государственных гарантий. С перечнем услуг ознакомлен.

5.3. По требованию одной из сторон на предоставление оказываемых Исполнителем услуг может быть составлена смета.

5.4. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Заказчика) на предоставление платных медицинских услуг.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в действие с момента его подписания сторонами и действует до исполнения Сторонами своих обязательств. Настоящий договор может быть изменен, расторгнут по соглашению сторон.

6.2. Договор также расторгается в случае отказа Заказчика после заключения договора от получения медицинских услуг. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7. ПОРЯДОК РАССМОТРЕНИЯ СПОРОВ

7.1. В случае возникновения споров Стороны примут все меры для их разрешения путем переговоров.

7.2. При не достижении согласия по спорным вопросам путем переговоров спор разрешается в соответствии с действующим законодательством.

8. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

8.1 Договор составлен в двух, при заключении договора от третьих лиц в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.

9. ПОДПИСИ И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ПОТРЕБИТЕЛЬ

Общество с ограниченной ответственностью
«Гиппократ-Спа»
Адрес: 347060 Ст.Тацинская Ростовской обл.
ул.Ленина 54
Тел.(863)297-2-12-63, 8-918-587-87-02
р/с 404702810752090097892
в Юго Западном Банке ПАО«Сбербанк России»
к/с № 30101810600000000602,
БИК 046015602, ИНН 6102032179,
КПП 613401001, ОКПО 65439741
ОГРН 1106189001192, ОКПО 65439741, ОКФС 16
ОКВЭД 85.11.2,85.11,85.1,85.13
E-mail: tacinka-spa@mail.ru

Ф.И.О _____
Адрес: _____
Тел. _____

Директор _____ Кузнецова В.М.

Подпись потребителя _____

Спецификация к договору № _____ НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ст. Тацинская

« ____ » _____ 20 ____ г.

ООО «Гиппократ-Спа», в лице Директора Кузнецовой Виктории Михайловны, действующего на основании Устава, именуемого в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны и _____

_____ именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах _____

_____ именуемого(ой) в дальнейшем «Потребитель» с другой стороны, составили настоящую спецификацию о нижеследующем:

Исполнитель принимает на себя, обязанность оказать на платной основе в соответствующие сроки, а Заказчик оплатить следующие медицинские услуги:

| № | Наименование услуги | Срок (период) оказания; Дата, время | Специалист, категория | Стоимость |
|---|---------------------|--|-----------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Подписи и реквизиты сторон

Исполнитель:

Общество с ограниченной ответственностью
 ООО «Гиппократ-Спа»
 Юридический адрес: 347061, Ростовская область,
 ст. Тацинская, ул. Ленина, д. 54
 Фактический адрес: 347061, Ростовская область,
 ст. Тацинская, ул. Ленина, д. 54
 ИНН 6102032179 ОГРН 1106189001192
 КПП 613401001 Р/С 40702810752090097892
 БИК 046015602
 К/С 301018106000000006
 в ОАО Сбербанк России
 ОКПО 65439741 ОКАТО 60202501000
 ОКФС 16 ОКОПФ 65 ОКОГУ 49013
 ОВЭД 85.11.2, 85.11, 85.1, 85.13
 Тел. (86397) 2-12-63 E-mail: tacinka-spa@mail.ru

Потребитель:

Директор _____ Кузнецова В.М.

Подпись потребителя _____

Согласие на обработку персональных данных

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Проживающий(щая) по адресу _____

паспорт: серия _____ номер _____, выдан _____

(дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями статьи 9 №152-ФЗ от 27.07.06 г. «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Гиппократ-Спа» (далее - «Исполнитель») моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, по, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефон(ы), реквизиты паспорта, полиса ДМС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания «Исполнителем» мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам «Исполнителя», в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю «Исполнителю» право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. «Исполнитель» вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по договору ДМС.

«Исполнитель» имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ДМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховой медицинской организации _____

соблюдение мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

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

Настоящее согласие дано мной на период несоблюдения в ООО «Гиппократ-Спа», а также на период хранения моих персональных данных, соответствующий сроку хранения первичных медицинских документов и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес «Исполнителя» по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю «Исполнителя».

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

Контактный(е) телефон(ы): _____

Почтовый адрес: _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись) (Ф.И.О. лица давшего согласие)

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

« ____ » _____ 20__ г.

Я заказчик, потребитель, пациент _____

_____ карта пациента № _____,
в рамках договора на оказание платных медицинских услуг желаю получить платные медицинские услуги в ООО «Гиппократ-Спа» (далее - Организация) при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я, получив от сотрудников полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов(а) их оплатить. Я ознакомлен(а) с положением об организации платных медицинских услуг в Организации.
2. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
3. Мне разъяснено, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой мне платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.
4. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны дополнительные медицинские услуги, которые я хочу получить в Организации и согласен(на) оплатить лечение.
5. Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом (тарифами) и согласен(на) оплатить стоимость медицинской услуги в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с врачом и я даю свое согласие на их оплату в кассу Организации.
7. Я проинформирован(а), что по поводу имеющегося у меня заболевания, иных проблем со здоровьем могу получить медицинскую помощь в других медицинских организациях, и подтверждаю свое согласие на получение желаемых медицинских услуг в Организации.
8. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

Пациент (Заказчик):

паспорт: серия _____ № _____

выдан _____

_____ « ____ » _____ г.