

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**о платном оказании медицинских услуг**

г. Ростов-на-Дону \_\_\_\_\_

Общество с ограниченной ответственностью «ЮгЭкоСервис+», адрес местонахождения: 344002, г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, 170, ИНН 6161094681, ОГРН 1216100020718, свидетельство о государственной регистрации юридического лица, бланк 61, серия 007799478 от 31.03.2011г, выдано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №26 по Ростовской области, юридический адрес 344019, г. Ростов-на-Дону, ул. Масникова, 52/32, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-61-01-008143 от 28.12.2021, выданную министерством здравоохранения Ростовской области, адрес места нахождения: г. Ростов на Дону, ул.1-й Конной Армии, д. 33, тел. +7 (863) 242-41-09, в лице директора Каложной Марины Александровны, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», и именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», действующий(ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, совместно далее именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя, обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Потребитель обязуется оплатить данную помощь.

1.2. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему договору, определяется Прейскурантом платных медицинских услуг (Приложение 1).

1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях (гипертонический криз, судорожный синдром, коллапс), обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.4. Срок оказания медицинских услуг с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_.

1.5. Исполнитель после исполнения настоящего договора выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) по его письменному требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

**2. Права и обязанности сторон**

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в соответствии с Перечнем оказываемых Пациенту платных медицинских услуг; качество которых должно соответствовать требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

2.1.2. Оказывать медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим договором после внесения Потребителем денежных средств в порядке, определенном разделом 3 настоящего договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату; с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.3. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя.

Без согласия Потребителя Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.4. По заявлению Потребителя предоставить ему в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

-порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при

предоставлении платных медицинских услуг, информация о конкретном медицинском работнике, представляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

-информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

-другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.5. Исполнитель предоставляет Потребителю (законному представителю Потребителя) по его заявлению и в доступной для него форме информацию:

-о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

-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.

2.1.6. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

2.1.7. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.8. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя.

2.1.9. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг; что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.10. Соблюдать конфиденциальность и анонимность в отношении Потребителя, при условии отсутствия ограничений, установленных законодательством Российской Федерации.

2.1.11. Оказать неотложную помощь при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги, если Потребитель не в состоянии выразить свою волю и нуждается в оказании неотложной помощи (п. 2 ст. 782 ГК РФ).

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Отказаться от исполнения настоящего договора в случае невыполнения Потребителем рекомендаций медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу, нарушения Правил поведения в ООО «ЮгЭкоСервис+», наличии медицинских противопоказаний, несвоевременной либо неполной оплате услуг; предоставлении неполной либо недостоверной информации о состоянии здоровья Потребителя и (или) личности Потребителя.

2.2.2. При выявлении противопоказаний к оказываемым услугам отказать Потребителю в проведении лечебно-диагностических процедур.

2.2.3. Привлекать к оказанию услуг третьих лиц, имеющих право на осуществление медицинской деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.4. Осматривать имущество Потребителя, в том числе передаваемое ему посетителями, в целях предотвращения употребления психоактивных веществ на территории Исполнителя.

2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Оплатить стоимость услуг, указанных в п. 3.1 настоящего договора.

2.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

2.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.5. Своевременно и в полном объеме оплачивать услуги Исполнителя.



2.3.6. Бережно относиться к имуществу и инвентарю Исполнителя. Потребитель несет материальную ответственность за нанесенный имуществу ущерб в размере двукратной стоимости испорченного имущества.

2.3.7. Сообщать Исполнителю о наличии обстоятельств, препятствующих нахождению на территории Исполнителя (нахождение Потребителя в Федеральном или ином розыске, отсутствие законных оснований нахождения на территории Российской Федерации и т.п.).

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.2. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных им расходов.

2.4.4. Потребитель дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

### 3. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

3.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг, утвержденным Исполнителем, и составляет на момент заключения договора \_\_\_\_\_ рублей 00 копеек.

3.2. Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.3. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.6 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент принятия Сторонами решения об оказании дополнительных услуг. Соглашение Сторон оформляется внесением информации о предоставленных дополнительных услугах в счет-заказе, являющимся неотъемлемым приложением к договору, и подписывается Сторонами.

3.4. Потребитель осуществляет 100%-ную предоплату медицинских услуг путем перевода денежных средств на расчетный счет Исполнителя либо оплатой в кассе Исполнителя в момент заключения настоящего Договора. Оплата дополнительных услуг производится в кассу Исполнителя в течение двух календарных дней с момента их оказания.

3.5. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренных настоящим Договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего Договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, при этом с Потребителя удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему Договору, возвращается в момент окончательных расчетов.

3.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, в том числе при нарушении им медицинских предписаний, оплата медицинских услуг осуществляется в полном объеме.

3.7. По окончании оказания услуг Стороны подписывают Акт об оказании медицинских услуг (далее-Акт) по настоящему Договору. Потребитель обязан подписать Акт в течение 24 часов после окончания оказания услуг по настоящему Договору. В случае отказа от подписания Акта и не предоставления в течение 24 часов с момента окончания оказания услуг мотивированного отказа от подписания Акта, услуги считаются оказанными надлежащим образом и в полном объеме.

3.8. В случае расторжения настоящего Договора до окончания курса лечения, оплата услуг Исполнителя производится с учетом фактически оказанных услуг и фактически понесенных затрат Исполнителя в 1-4-дневный срок.

### 4. Ответственность сторон

4.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

4.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.2 настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 2.3.4 и 3.6 настоящего Договора.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.5. За несвоевременную либо неполную оплату предоставляемых услуг по настоящему Договору, Исполнитель вправе потребовать уплаты пени в размере 0,1% процента от неоплаченной суммы за каждый день просрочки платежа. Начисление пени производится на основании предъявленной Исполнителем письменной претензии с даты предъявления.

### 5. Конфиденциальность

5.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора.

5.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

### 6. Заключительные положения

6.1. До заключения настоящего Договора Исполнитель в письменной форме уведомил Потребителя 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.

6.2. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

6.3. Потребитель вправе отказаться от исполнения настоящего Договора при условии оплаты Исполнителем фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.4. Все споры и разногласия, возникшие при исполнении настоящего Договора, Стороны будут стремиться урегулировать путем переговоров.

6.5. В случае невозможности урегулирования споров в отношении качества оказываемых Исполнителем услуг, спор передается на рассмотрение врачебного консилиума врачей Исполнителя.

6.6. В случае несогласия Потребителя с решением врачебного консилиума Исполнителя, спор рассматривается в установленном законом порядке судом по месту нахождения Исполнителя.

6.7. Настоящий Договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

6.8. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

В соответствии с требованиями Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «Ог-ЭкоСервис+» (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), 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







Согласие на обработку персональных данных

Я, \_\_\_\_\_  
(по ФИО, полностью)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (по месту регистрации)  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

Выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (дата, название выдавшего органа)

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных", ч. 3 ст. 13 Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подтверждаю свое согласие на обработку Обществом с ограниченной ответственностью «ЮгЭкоСервис» г. Ростов-на-Дону, ул. Красноармейская, 170

(название и адрес медицинского учреждения)

(далее - Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес регистрации и проживания, контактный телефон, данные паспорта (или иного документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболевания, случаях обращения за медицинской помощью, сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендаций в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг (медицинской помощи) при условии сохранения врачебной тайны.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, а также сведения, составляющие врачебную тайну, медицинским организациям, органам управления здравоохранения и иным организациям, в случаях регламентированных законодательством, договорами или иными документами. Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий при автоматизированной и неавтоматизированной обработке с передачей по сети Интернет в отношении моих персональных данных, которые необходимы или желаемы для указанных выше целей, включая (без ограничения) сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе передача), обезличивание, блокирование, уничтожение, трансграничную передачу персональных данных, а также, осуществление любых иных действий с моими персональными данными с учетом действующего законодательства.

**Об ответственности за достоверность представленных сведений предупрежден(а).**  
Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

**Настоящее согласие дано мной \_\_\_\_\_ и действует бессрочно.**  
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.  
**Я проинформирован(а) о том, что в случае моего отказа предоставить письменное согласие на обработку моих персональных данных, данным лечебным учреждением может быть осуществлена только экстренная помощь при наличии показаний, т.к. в дальнейшем информация храниться не может.**

Я разрешаю предоставлять информацию, составляющую врачебную тайну следующим моим доверенным лицам:

Подпись субъекта персональных данных \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)

Расписался(ась) в моем присутствии: \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)

Информированное добровольное согласие  
на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)  
\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

\_\_\_\_\_ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)  
проживающий(ая) по адресу: \_\_\_\_\_  
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

отношении \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

" \_\_\_\_\_ г. рождения, проживающего по адресу: \_\_\_\_\_  
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н <1> (далее - виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первично медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (неужное зачеркнуть) в Общество с ограниченной ответственностью «ЮГЭКОСЕРВИС»,  
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником \_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".  
Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому(которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 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 (неужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или его законного представителя, телефон)

\_\_\_\_\_ (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

\_\_\_\_\_ (дата оформления)