

В соответствии с Гражданским Кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 04 октября 2012г. №1006) ООО «Клиника доктора Павленко» до заключения договора в доступной форме уведомляет Потребителя (Пациента) о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, представляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя, а также уведомляет Потребителя (Пациента) о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Договор на оказание платных медицинских услуг

Г.Москва

« _____ » _____ 201__ г.

Пациент (Потребитель) _____

(Ф.И.О. физического лица)

« _____ » _____ года рождения, Паспорт серия _____ № _____ выдан _____

« _____ » _____ года

Адрес регистрации _____

Телефон: +7(_____) _____ e-mail: _____

и ООО «Клиника доктора Павленко» (Лицензия Серия ЛО0011881 №ЛО-77-01-010980 от 22 сентября 2015г. действующая бессрочно выд. Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г.Москва, Оружейный переулок, д.43 тел. (499)2518300) на осуществление Медицинской деятельности при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: рентгенологии, сестринскому делу, стоматологии, стоматологии профилактической, физиотерапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: организации здравоохранения и общественному здоровью, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий), гастроэнтерологии, кардиологии, ортодонтии, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, ультразвуковой диагностике, урологии, функциональной диагностике, эндокринологии. ОГРН 115774607789), в лице генерального директора Павленко В.В., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», действующего на основании Устава, далее совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Настоящий договор обеспечивает реализацию прав «Пациента» на получение платных медицинских услуг в ООО «Клиника доктора Павленко» в соответствии с ППРФ от 04 октября 2012г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» и ФЗ №323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации». «Исполнитель» обязуется предоставить «Пациенту» платные медицинские услуги, а «Пациент» (или законный представитель «Пациента») оплатить их в соответствии с установленными на момент проведения оплаты расценками на оказание платных медицинских услуг «Исполнителя». Основанием для предоставления платных медицинских услуг является добровольное согласие Пациента получить медицинские услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. «Пациент» (законный представитель «Пациента») обязан произвести оплату за заказанные услуги в полном объеме в день оказания услуги в соответствии с действующим на дату заключения договора прейскурантом.

2.2. «Пациент» обязан соблюдать все рекомендации по подготовке к забору материала для исследований, в случае самостоятельной транспортировки биологического материала для исследования в лабораторию соблюдать рекомендованные условия транспортировки.

2.3. «Исполнитель» обязан оказать весь комплекс оплаченных «Пациентом» (законным представителем «Пациента») медицинских услуг качественно и в установленные для оказания данной медицинской услуги сроки. Максимальные сроки выполнения конкретных услуг (исследований) устанавливаются «Исполнителем» и приводятся в прейскуранте. Подписывая настоящий Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента») тем самым подтверждает, что установленные «Исполнителем» максимальные сроки выполнения исследований ему известны и устраивают его.

2.4. В случае обоснованных претензий «Пациента» (законный представитель «Пациента») к качеству оказанных «Исполнителем» медицинских услуг, «Исполнитель» обязуется произвести повторные, необходимые для устранения недостатков мероприятия бесплатно, либо возместить «Пациенту» стоимость медицинской услуги, оплаченной «Исполнителю». При необходимости выполнения дополнительных исследований для выяснения обоснованности претензии в случае, если претензия оказывается обоснованной, дополнительные исследования проводятся за счет «Исполнителя», в случае, если претензия оказывается необоснованной - за счет «Пациента» (законного представителя «Пациента»).

2.5. Выполнение платных медицинских услуг может быть поручено «Исполнителем» третьим лицам в порядке субподряда без уведомления «Пациента» (законного представителя «Пациента»).

2.6. «Пациент» (законный представитель «Пациента») разрешает «Исполнителю» использовать по своему усмотрению любые методы и средства, позволяющие выполнить необходимые исследования.

3. Условия расчетов.

3.1 Подписывая Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента») подтверждает, что предварительно ознакомился с перечнем и стоимостью оказываемых услуг, правилами, порядками, условиями, формами оказания медицинских услуг и их оплаты.

3.2. Стоимость предоставляемых услуг определяется прейскурантом. Оплата услуг производится всеми способами, не запрещенными законодательством РФ.

3.3 Исполнитель обязан выдать на руки «Пациенту» (законному представителю «Пациента») чек контрольно-кассовой техники.

4. Ответственность сторон.

4.1. Все споры по настоящему договору разрешаются сторонами путем переговоров. Претензионный порядок рассмотрения споров обязателен. При не достижении согласия сторон в досудебном порядке, споры разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ в суде по месту нахождения «Исполнителя».

4.2. При невозможности выполнения «Исполнителем» своих обязательств (в том числе по срокам выполнения исследований) вследствие объективных и независящих от «Исполнителя» причин (несвоевременная поставка реагентов, неисправность оборудования, болезнь сотрудника и т.д.) «Исполнитель» по выбору «Пациента» (законного представителя «Пациента») переносит выполнение исследований на более поздний срок или возвращает «Пациенту» (законному представителю «Пациента») сумму, уплаченную за услуги, оказание которых в срок невозможно.

5. Срок действия договора.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания и заканчивается выполнением Сторонами обязательств по Договору или после его расторжения в соответствии с условиями Договора или законами РФ.

5.2. Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке при нарушении его условий одной из сторон. При этом другая сторона должна быть предупреждена о расторжении за 3 дня.

5.3. Обязательства «Исполнителя» по выполнению лабораторных исследований считаются выполненными с момента завершения исследований лабораторией, что определяется временем внесения результата исследований в лабораторную информационную систему. Максимальный срок оказания медицинских услуг по выполнению лабораторных исследований - 21 день.

5.4. В случае расторжения Договора по инициативе «Пациента» (законного представителя «Пациента») последний оплачивает «Исполнителю» в полном объеме те исследования, которые уже были выполнены на момент расторжения.

5.5 По окончании оказания медицинской услуги оформляется акт о выполненных работах по факту оказания медицинской услуги.

6. Другие положения договора.

6.1 Результаты выдаются «Пациенту» (законному представителю «Пациента») лично при предъявлении паспорта или лицу, имеющему нотариально оформленную доверенность от «Пациента» на представление его интересов в отношениях с «Исполнителем» или лицу, указанному «Пациентом» в информированном добровольном согласии пациента на лабораторные исследования при предъявлении данным лицом паспорта.

6.2 «Пациент» (законный представитель «Пациента») понимает, что «Исполнитель» не несет никакой ответственности за целесообразность проведения исследований, независимо от того, проводятся ли исследования по назначению сторонних врачей или по личной инициативе «Пациента»(законного представителя «Пациента»).

6.3. В случае выполнения исследований по данному Договору третьими лицами в порядке субподряда результаты исследований могут выдаваться на бланке организации, выполнявшей исследования.

6.4 Договор составлен в двух экземплярах, по одному для «Пациента» (законного представителя «Пациента») и «Исполнителя».

6.5. Стороны признают факсимильно воспроизведенные подписи и печати подлинными и имеющими одинаковую силу с оригинальными.

6.6. Подписывая настоящий Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента»), в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», дает свое согласие на обработку персоналом ООО «Клиника доктора Павленко» своих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, вид и реквизиты документа, удостоверяющего личность, контактные телефоны и адреса электронной почты, данные о состоянии здоровья и иные персональные данные в медико-профилактических целях, оказания медицинских услуг, в целях уведомления о времени и дате назначенного приема, об услугах и акциях по электронной почте, сотовой связи посредством телефонных звонков и СМС.

6.7 Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

6.8 Настоящее согласие действует бессрочно и может быть отозвано в письменном виде – заказным письмом. В случае отзыва настоящего согласия до окончания срока его действия, «Пациент» (или законный представитель «Пациента») предупрежден о возможных последствиях прекращения обработки персональных данных «Пациента». В случае отзыва согласия на обработку персональных данных «Исполнитель» имеет право продолжить их обработку при наличии оснований, указанных в законодательстве РФ.

6.9. «Исполнитель» несет ответственность перед «Пациентом» (законным представителем «Пациента») и гарантирует сохранение врачебной тайны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.10. До заключения настоящего договора «Пациент» (законный представитель «Пациента») информирован 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 его состоянии здоровья, а также о программе государственных гарантий.

6.11. «Пациент» (законный представитель «Пациента») поручает «Исполнителю» выполнение исследований, указанных в Приложении к Договору.

6.12. Подписывая настоящий Договор, я, «Пациент» (законный представитель «Пациента»), подтверждаю, что Договор и Приложение мной прочитаны, все без исключения положения мне понятны и со всеми без исключения положениями я согласен. Подписывая данный Договор, «Пациент» (законный представитель «Пациента») подтверждает, что делает это сознательно и добровольно, без принуждения и давления обстоятельств, имея альтернативные варианты выбора врача и лечебного учреждения, ознакомлен и согласен с правилами оказания медицинских услуг, их перечнем, сроками их оказания и стоимостью.

7. Реквизиты и подписи сторон.

«Исполнитель»

ООО «Клиника доктора Павленко»

РФ 111674 г. Москва, ул. 2-я Вольская д.3

ИНН/КПП 7721283164/772101001;

р/с 40702810402110000124 в АО «АЛЬФА-БАНК»

(ИНН 7728168971 ОГРН 1027700067328; БИК 044525593;

к/с 30101810200000000593 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО)

Фактический адрес: РФ 111674 г. Москва, ул. 2-я Вольская д.3

Т. 495 7487228

Генеральный директор ООО «Клиника доктора Павленко»

_____ Павленко В.В.

«Пациент» (или законный представитель «Пациента»)

Подпись _____

ФИО _____

Приложение №1
К договору на оказание платных медицинских услуг от
« _____ » _____ 201__ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ

на выполнение диагностических исследований, лечебных мероприятий, анестезиологического пособия, манипуляции (операции)

г. Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Этот документ свидетельствует о том, что мне, в соответствии со ст.ст. 19-23 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст.ст. 30,31,33 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года №5487-1, сообщена вся необходимая информация о предстоящем исследовании, и я согласен (согласна) с названными мне условиями проведения исследования. Данный документ является необходимым предварительным условием (разрешением) начала медицинского вмешательства.

Я, информирован о характере предстоящего вмешательства и возможном развитии неприятных ощущений и осложнений.

Даю добровольно согласие на проведение следующих манипуляций:

Забор венозной крови на лабораторное исследование _____ ДА _____ НЕТ

Забор мазков на микробиологическое исследование _____ ДА _____ НЕТ

Забор кала, мочи и других биосред на исследование _____ ДА _____ НЕТ

Мне в доступной и понятной форме разъяснены правила подготовки к лабораторным исследованиям и возможные погрешности в результатах при их несоблюдении, вероятные риски манипуляций (боль или дискомфорт при введении иглы, урогенитального зонда и тампона, гематома в области пункции вены, болезненность при мочеиспускании после забора мазка из уретры, обморок, кровотечение и др.).

В случае отсутствия направления от врача, я подтверждаю, что согласен(а) с рекомендованными мне исследованиями и претензий по обоснованности их выполнения предъявлять не буду.

Я утверждаю, что все интересующие меня вопросы мною заданы, все полученные ответы и разъяснения персонала ООО «Клиника доктора Павленко» мною поняты, возможный риск предстоящих манипуляций мною осознан.

Любую информацию о результатах моих лабораторных исследований разрешаю сообщать следующим лицам:

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

Ф.И.О. _____ Степень родства _____

Я внимательно ознакомился (ознакомилась) с данным документом и понимаю, что его подписание влечет правовые последствия. Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Я подтверждаю свое согласие на медицинское вмешательство на предложенных условиях, о чем расписываюсь собственноручно.

(ФИО), Подпись «Пациента» (законного представителя «Пациента») _____

Подпись представителя медицинской организации _____