**ДОГОВОР**

на оказание платных медицинских услуг

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| город Владивосток Приморского края |  |  | | « |  | » |  | 20 |  | года |
|  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Общество с ограниченной ответственностью «Эвентус», именуемое в дальнейшем «Клиника», в лице администратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании прав по должности и доверенности от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| и гражданин |  | | | , именуемый в дальнейшем «Пациент», |
| в лице законного представителя (представителя) | | |  | |
| (заполняется в случае, если договор от имени пациента подписывает доверенное лицо) | | | | |
| действующего на основании | |  | | |

(решение суда, доверенность, свидетельство о рождении, дата выдачи, номер)

вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Клиника предоставляет Пациенту по его желанию платные медицинские услуги и платные услуги медицинского освидетельствования согласно действующему Прейскуранту медицинских услуг и в соответствии с Лицензией № ЛО-25-01-005180, выданной 27.12.2021 года Министерством здравоохранения Приморского края, а Пациент обязуется оплатить указанные услуги (далее также – «услуги», «медицинские услуги»). Прейскурант медицинских услуг является официально утвержденным документом Клиники и предусматривает конкретный перечень медицинских услуг, стоимость услуг и сроки их оказания.

1.2. Медицинские услуги оказываются по месту нахождения обособленного подразделения Клиники: Приморский край, г. Владивосток, ул. Русская, д. 59е.

1.3. Заключая настоящий договор, Пациент ознакомлен с лицензией Клиники на осуществление медицинской деятельности.

1.4. Клиника не участвует в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Пациент проинформирован о том, что Пациент, являясь гражданином Российской Федерации, имеет право на бесплатную медицинскую помощь согласно ч. 1 ст. 41 Конституции Российской Федерации и может реализовать это право через программу государственных гарантий и территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

1.5. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение им рекомендаций медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, а также повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Клиника вправе:

2.1.1. Получать от Пациента всю информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.1.2. Своевременно и в полном объеме получать оплату за медицинские услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

2.1.3. Самостоятельно определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов хирургического и консервативного лечения. Самостоятельно определять объем исследований и медицинской помощи, необходимых для оказания неотложной медицинской помощи, в том числе услуг, не предусмотренных настоящим Договором в случае возникновения неотложных состояний не по вине медицинских работников Клиники.

2.1.4. Информировать органы внутренних дел в порядке, установленном уполномоченными федеральными органами исполнительной власти Российской Федерации, об обращении пациентов, в отношении которых имеются достаточные основания полагать, что вред их здоровью причинен в результате противоправных действий

2.1.5. Отказать в услуге, связанной с медицинским вмешательством, в случае отказа Пациента от подписания Информационного согласия. Отказать в предоставлении платных медицинских услуг Пациенту по настоящему договору, в случае наличия у Пациента задолженности перед Клиникой по раннее оказанным медицинским услугам. Заменить лечащего врача при наступлении объективной невозможности проводить лечение данным специалистом. Замена производится с письменного согласия Пациента. В случае опоздания или неявки Пациента аннулировать запись Пациента.

2.1.6. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги.

2.1.7. Клиника имеет право вести видеосъемку на территории и в помещении Клиники в целях обеспечения безопасности; использовать фото-, видео- и аудиозаписи, отснятые на территории Клиники с участием пациентов, клиентов Клиники любым способом, не противоречащим закону.

2.2. Клиника обязана:

2.2.1. Оказывать Пациенту услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора, в соответствии со стандартами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации. Заключая настоящий договор, Пациент выражает просьбу и согласен с тем, что специалисты Клиники, при наличии медицинских показаний, вправе оказывать объем услуг, превышающий вышеуказанные стандарты

2.2.2. До начала лечения определить и информировать Пациента о необходимых видах и объеме оказываемых услуг.

2.2.3. Использовать в процессе лечения лицензированные запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для оказания медицинской помощи в рамках выполнения обязательств по настоящему договору.

2.2.4. Не передавать и не показывать третьим лицам, находящуюся у Клиники документацию о Пациенте (соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность.

2.2.5. Давать при необходимости по требованию Пациента разъяснения о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ним риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения, сведения об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности, показаниях (противопоказаниях) к применению, а также всю необходимую документацию, касающуюся предмета настоящего договора.

2.2.6. Соблюдать, установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.2.7. Выдать Пациенту при выписке из стационара надлежащим образом оформленную выписку из истории болезни Пациента, а также при необходимости, листок нетрудоспособности.

2.2.8. Вести учет видов, объемов, стоимости медицинских услуг, оказанных Пациенту, а также денежных средств, поступивших от Пациента. Выдавать Пациенту документы, подтверждающие факт оплаты услуг, в случае не предоставления медицинской услуги произвести перерасчет.

2.2.9. Предоставлять Пациенту сведения о местонахождении Клиники, графике работы врачей и прочего медицинского персонала, информацию о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации), наличии лицензии на оказание конкретного вида услуг, сведения о видах, технологии, объемах и стоимости оказанных услуг, методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их возможных последствиях и осложнениях, наличии альтернативных видов соответствующих медицинских услуг.

2.3. Пациент вправе:

2.3.1. Получать медицинские услуги, предусмотренные п.1.1. настоящего Договора

2.3.2. Пациент вправе получать от Клиники для ознакомления любые сведения о состоянии своего здоровья, полную достоверную информацию об объеме и условиях получения предоставляемых услуг по договору, любые данные диагностических обследований и результаты анализов, документы, подтверждающие факт оплаты услуг.

2.3.3. Пациент вправе отказаться от получения медицинской услуги при условии оплаты фактически понесенных Клиникой расходов.

2.4. Пациент обязан:

2.4.1. После получения медицинских услуг оплатить выставленный счет в порядке, сроки и на условиях, которые установлены договором.

2.4.2. До оказания услуги информировать Лечащего врача или иной медицинский персонал об известных ему имеющихся у него аллергических реакциях и/или противопоказаниях к применению каких-либо лекарственных средств и/или оказанию каких-либо медицинских вмешательств, о перенесенных и имеющихся заболеваниях, аллергических реакциях. Пациент обязуется - предоставить Лечащему врачу данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных в других медицинских учреждениях (при их наличии и соответствующей необходимости), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в случае такой необходимости, о заболеваниях родственников, без указания их данных, и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения; при предоставлении медицинских услуг сообщать Лечащему врачу (медицинскому работнику, предоставляющему платные медицинские услуги) о любых изменениях самочувствия; отказаться на весь период предоставления медицинских услуг по настоящему Договору, от употребления наркотиков и лекарств, их содержащих, психотропных препаратов, алкогольсодержащих напитков; не осуществлять самостоятельного лечения, согласовывать с Лечащим врачом (медицинским работником, предоставляющим платные медицинские услуги) употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав и т. д. В случае непредставления со стороны Пациента имеющихся у него данных, относящихся к состоянию его здоровья, не соблюдения последним обязательств, указанных в настоящем пункте, Клиника не несет ответственности за результаты лечения и возможный ущерб, вызванный данными обстоятельствами.

2.4.3. Представлять Лечащему врачу или иному медицинскому персоналу все документы и информацию относительно общего состояния здоровья, как на момент начала, так и в процессе предоставления медицинских услуг.

2.4.4. Соблюдать правила поведения пациентов в медицинском учреждении, режим работы учреждения.

2.4.5. Выполнять предписания лечащего врача, все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему договору медицинские услуги по лечению. Посещать медицинских работников и выполнять процедуры в установленное время. В случае неявки Пациента на прием в установленное время, время повторного приема определяется Клиникой.

2.4.6. При первом обращении в Клинику за предоставлением медицинских услуг, а в дальнейшем - по мере необходимости Пациент дает добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство.

**3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

3.1. Оплата оказываемых услуг производится Пациентом после подписания договора, на основании действующего Прейскуранта, непосредственно в день предоставления медицинской услуги после их оказания Клиникой, либо непосредственно перед оказанием услуги, в наличной или безналичной форме в российских рублях. НДС не облагается (пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ). Пациенту после оплаты медицинских услуг выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг, установленного образца.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке пересматривать цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги. Измененный Прейскурант размещается на стойке регистрации и на сайте Клиники, при разночтении преимущество имеет Прейскурант, находящийся на стойке регистрации. При предоплате конкретных услуг изменение стоимости таких услуг может быть только по согласованию Сторон по договору.

3.3. Настоящим Пациент подтверждает, что ознакомился с Прейскурантом Клиники.

**4.ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

4.1. Клиника осуществляет прием Пациента при предъявлении Пациентом документа, удостоверяющего личность, подписании договора оказания медицинских услуг с приложениями, после оформления амбулаторной карты Пациента. На приеме врач проводит сбор анамнеза и осмотр Пациента, устанавливает предварительный диагноз, определяет методы и возможные варианты лечения, последствия лечения и предполагаемые результаты, степень риска лечения и возможные осложнения и подробно информирует об этом Пациента. По результатам осмотра врач составляет План лечения. На основании Плана лечения определяется перечень, стоимость и сроки оказания услуг. При определении условий предоставления медицинских услуг и исполнения своих обязательств по договору Стороны обязаны руководствоваться сведениями, указанными в медицинских документах Пациента (план лечения, медицинская карта).

4.2. Перечень, стоимость и сроки оказания платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, определяются в соответствии с пунктом 4.1 настоящего договора.

4.3. Медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (приложение № 1 к настоящему договору), данного в порядке, установленном законодательством РФ.

4.4. Пациент представляет Клинике согласие на обработку персональных данных (приложение № 2 к настоящему договору), в порядке, установленном законодательством РФ.

4.5. Клиника не обеспечивает Пациента бесплатными лекарственными препаратами и бесплатным питанием. Клиника не несет ответственность за эффективность и качество лекарственных средств, предоставленных Пациентом.

4.6. В случае нарушения Пациентом медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима, процедур и предписаний лечащего врача, рекомендаций медицинского персонала, нарушения Пациентом Правил внутреннего распорядка для пациентов, отказа Пациента от подписания согласия на обработку персональных данных, отказа Пациента от подписания согласия Пациента на медицинское вмешательство, информированного добровольного согласия - Клиника вправе отказать такому Пациенту в предоставлении медицинских услуг.

4.7. В случае отказа от предоставления медицинской помощи в соответствии с п. 4.6. настоящего договора Клиника вправе удержать понесенные расходы из оплаченной стоимости медицинской услуги. Отказ от оказания медицинской помощи оформляется письменно Пациентом и передается в Клинику.

4.8. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении 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 либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана третьим лицам. По письменному согласию Пациента информация, составляющая врачебную тайну Пациента, может быть передана Пациенту по телефону или посредством Интернет, о чем подписывается согласие (приложение № 3 к настоящему договору).

4.9. Пациент предупрежден и согласен с тем, что при предоставлении платных медицинских услуг по настоящему договору, может возникнуть необходимость оказания дополнительных платных медицинских услуг.

4.10. Подписывая Договор, Пациент дает согласие на передачу сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использовании этих сведений в учебном процессе и иных целей, без указания на личность пациента и использования его персональных данных.

4.11. Клиника имеет право привлекать третьих лиц для исполнения обязательств по настоящему договору.

4.12. После окончания лечения и окончания оказания медицинских услуг, Клиникой составляется Акт оказанных услуг (приложение № 4 к настоящему договору). Подписываемый сотрудником Клиники и Пациентом Акт оказанных услуг являются подтверждением оказания медицинских услуг Клиникой Пациенту. Пациент обязуется рассмотреть и подписать Акт оказанных услуг, сразу же после получения. Акт подписывается Пациентом в 3 (трех) экземплярах, один из которых остается у Пациента. В течение 3 (трех) рабочих дней с момента подписания соответствующего Акта оказанных услуг Пациент имеет право предоставить письменные замечания по подписанному им Акту оказания услуг, которые Клиника, в случае признания их обоснованными, обязуется устранить. Если в течение указанного срока Пациент не предоставит письменные замечания по Акту оказанных услуг, то медицинские услуги считаются оказанными и принятыми Пациентом по качеству и количеству в полном объеме.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН**

5.1. За невыполнение, или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.2. Пациент несет ответственность за выполнение и соблюдение Пациентом лечебно-охранительного режима, врачебных предписаний, за предоставление полных и достоверных сведений о состоянии своего здоровья

5.3. Клиника несет ответственность за качество предоставляемых медицинских услуг в рамках настоящего договора и выбор методов лечения в соответствии с действующим законодательством РФ. Клиника не несет ответственность за недостатки в предоставлении медицинских услуг, а также, за нарушения сроков выполнения обязательств по настоящему договору, если указанные недостатки возникли вследствие нарушения положений настоящего договора и иных неправомерных действий Пациента. Клиника не несет ответственности за причиненный вред здоровью Пациенту или не наступление выздоровления Пациента в случае, если вышеуказанные события произошли в результате нарушения Пациентом медицинских предписаний и рекомендаций, предоставления недостоверной информации о себе Клинике.

5.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это явилось следствием обстоятельств чрезвычайного характера.

5.5. При наличии задолженности по оплате Клиника вправе приостановить дальнейшее оказание услуг до даты погашения задолженности.

**6. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного выполнения сторонами принятых на себя обязательств.

6.2. Все изменения и дополнения к договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны Сторонами. Приложения, дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора. Вся переписка между сторонами осуществляется письменно, путем направления заказных писем с уведомлением. Кроме того, сторонами признается переписка по электронной почте, при условии, что письма были направлены исключительно с адресов, указанных в реквизитах Сторон (раздел 7 настоящего договора).

6.3. Настоящий договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде письменного Соглашения и подписанному Сторонами. Договор может быть расторгнут по инициативе одной из Сторон. Отказ от исполнения договора в одностороннем порядке производится в соответствии со статьей 782 Гражданского Кодекса Российской Федерации, при письменном уведомлении другой Стороны об этом намерении за 15 (пятнадцать) календарных дней до предполагаемой даты расторжения.

6.4. Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, и имеют одинаковую юридическую силу. Руководствуясь п. 2 ст. 160 Гражданского кодекса Российской Федерации, при подписании Договора со своей стороны, Клиника вправе использовать факсимильное воспроизведение подписи с помощью средств механического копирования (факсимиле), являющегося аналогом собственноручной подписи и имеющего юридическую силу.

6.5. Все разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться в претензионном порядке. Срок рассмотрения Клиникой претензии (с приложением обосновывающих документов) устанавливается 10 (десять) рабочих дней. Если Сторонами не достигнуто согласие в ходе переговоров, споры и разногласия разрешаются в судебном порядке.

6.6. Подписание Пациентом настоящего договора свидетельствует об его ознакомлении со всем изложенным в настоящем договоре и приложениях к нему и полном согласии. Пациент подтверждает, что он добровольно согласился на оказание медицинских услуг на платной основе. Пациент подтверждает, что на момент подписания настоящего договора Клиника обеспечила Пациента бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения о:

6.6.1. порядке оказания медицинских услуг и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг, а также сведениях о методах оказания медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинских услуг;

6.6.2. ознакомила его с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. Постановлением Правительства РФ от 04 октября 2012 №1006);

6.6.3. ознакомила его с действующим в Клинике Прейскурантом платных медицинских услуг;

6.6.4. ознакомила его с локальными нормативными актами Клиники, в том числе Правилами оказания платных медицинских услуг в медицинском центре «Университетская клиника» общества с ограниченной ответственностью «Эвентус».

6.6.5. ознакомила его со сведениями о медицинских работниках Клиники, оказывающими медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором.

6.6.6. ознакомила его с другими сведениями, относящимися к предмету настоящего Договора.

6.7. Неотъемлемой частью договора являются следующие приложения:

6.7.1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство;

6.7.2. Согласие на обработку персональных данных пациента;

6.7.3. Заявление о согласии получать результаты анализов и медицинскую информацию дистанционно;

6.7.4. Акт оказанных услуг.

**7. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **ПАЦИЕНТ** | |
| общество с ограниченной ответственностью «Эвентус»  обособленное подразделение «медицинский центр «Университетская клиника»  лицензия от 27.12.2021 № ЛО-25-01-005180 на право осуществления медицинской деятельности  адрес: 690106, г. Владивосток, пр-т Красного Знамени, д. 23  адрес оказания услуг: 690105, г. Владивосток, ул. Русская, д. 59е  лицензия  ОГРН 1042504061720 ИНН 2539063861 КПП 254001001  р/с 40702810800141501401 в ПАО АКБ «Приморье», г. Владивосток  к/с банка: 30101810800000000795 БИК банка: 040507795  адрес электронной почты:  телефон: | фамилия, имя, отчество |  |
| адрес регистрации |  |
| фактический адрес |  |
| серия, номер, дата выдачи, выдавший орган гражданского паспорта |  |
| дата и место рождения |  |
| СНИЛС |  |
| ИНН |  |
| адрес электронной почты: |  |
| телефон: |  |
| администратор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | |

Приложение № 1

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_

**УТВЕРЖДЕНО**

приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 12.11.2021 № 1051н

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ**

**на медицинское вмешательство**

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата рождения гражданина либо законного представителя)

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

(адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

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

(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года 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 (далее – виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинском центре «Университетская клиника» общества с ограниченной ответственностью «Эвентус».

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 года № 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 года № 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)

в том числе после смерти:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон) | | |
|  | | |
| (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) | |

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ года

Приложение № 2

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Я, |  | |
|  | (фамилия, имя, отчество пациента) | |
| зарегистрированный по адресу: | |  |
| адрес фактического проживания: | |  |
| документ, удостоверяющий личность: | |  |
|  | | (название, серия, номер, когда и кем выдан) |
|  | |  |
| СНИЛС: | | ИНН: |
| дата рождения: | | место рождения: |
| номер телефона: | | адрес электронной почты: |

в соответствии со статьями 9, 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие на обработку моих персональных данных обществу с ограниченной ответственностью «Эвентус» (далее – Оператор), адрес места нахождения: Приморский край, г. Владивосток, пр-т Красного Знамени, д. 23, адрес места нахождения обособленного подразделения: Приморский край, г. Владивосток, ул. Русская, д. 59е, в целях оказания мне медицинских услуг и иных услуг, в том числе идентификации, отражения информации в медицинской документации, предоставления сведений страховым компаниям (в случае оплаты ими оказываемых услуг), предоставления установленной законодательством отчетности в отношении оказанных медицинских услуг.

Перечень персональных данных, на обработку которых я даю согласие: фамилия, имя, отчество, пол, возраст, дата и место рождения, адрес, паспортные данные, СНИЛС, гражданство, данные о состоянии здоровья, в том числе биометрические персональные данные, семейное, социальное положение, контактный телефон, адрес электронной почты, реквизиты полиса ОМС (ДМС), образование, тип занятости, место работы, должность, другая информация, содержащаяся в относящихся ко мне документах и иных источниках, предоставленных Оператору или полученных им в установленном законом порядке.

В отношении указанных персональных данных я даю Оператору согласие на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 статьи 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, иных действий, предусмотренных действующим законодательством, совершаемых как с использованием средств автоматизации, так и без использования таковых, в том объеме, который необходим для достижения целей обработки, указанных в настоящем согласии.

Настоящее согласие действует со дня подписания до дня его отзыва либо на срок хранения документации, установленный в законодательстве. Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи Оператору письменного заявления.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (дата) | (подпись, фамилия, имя, отчество пациента) |

Законный представитель (представитель):

|  |  |
| --- | --- |
| документ, удостоверяющий личность представителя: |  |
|  | (название, серия, номер, когда и кем выдан) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (дата) | (подпись, фамилия, имя, отчество представителя) |

Приложение № 3

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ О СОГЛАСИИ**

**получать результаты анализов и медицинскую информацию дистанционно**

Пациент вправе дать согласие на передачу ему информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями.

Предоставлением адреса электронной почты Пациент дает согласие Клинике пересыпать информацию, включая обработку и пересылку по электронной почте, результатов лабораторной диагностики.

За исключением особо оговоренных случаев, Клиника не пересылает по электронной почте результаты исследований на инфекционную группу, гистологических и цитологических исследований. Пациент имеет право самостоятельно получить результаты таких исследований непосредственно в Клинике.

Клиника вправе обезличивать информацию при условии ссылки на номер амбулаторной медицинской карты. При получении обезличенной информации Пациент обязуется самостоятельно проверить соответствие указанного номера номеру своей амбулаторной медицинской карты и при обнаружении несоответствия незамедлительно сообщить в Клинику.

Клиника вправе самостоятельно определять формат и размер передаваемой информации.

Пациент предупрежден о возможных рисках, существующих при отправке информации, при которых Клиника не несет ответственности, в том числе:

- о возможности доступа третьих лиц к направляемой информации в процессе или в результате ее пересылки (в том числе, но не исключительно, несанкционированного доступа к оконечному оборудованию пользователя, прямой или случайной передачи пароля, незаконных действий третьих лиц);

- неполучения информации по различным причинам, не зависящим от отправителя (электронная почта переполнена, заблокирована или недоступна, настройки и правила обработки сообщений электронной почты на почтовом сервере не позволяют принимать сообщения интернет-домена отправителя, технические и другие причины);

- повреждений файлов.

Дистанционная передача информации является правом, а не обязанностью Клиники. Клиника вправе приостановить или прекратить дистанционную передачу информации.

Ознакомившись с указанными выше положениями, Пациент (его Законный представитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(фамилия, имя, отчество, адрес проживания)

|  |  |
| --- | --- |
| мобильный телефон: |  |
| адрес электронной почты: |  |

Я даю согласие на передачу информации по электронной почте, голосовыми сообщениями по телефонной связи, текстовыми смс-сообщениями, а также с использованием систем мгновенного обмена сообщениями

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

Я даю согласие на получение информации о специальных предложениях и акциях

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

Я даю согласие на получение информации в связи с напоминанием о записи

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

Я даю согласие на опрос по качеству обслуживания

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

Настоящее согласие дано мной «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

Приложение № 4

к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_

**АКТ**

**оказанных услуг**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| город Владивосток Приморского края |  |  | | « |  | » |  | 20 |  | года |
|  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| пациент: |  |
|  |  |
| плательщик: |  |
|  |  |

Клиника оказала на возмездной основе на основании лицензии от 27.12.2021 № ЛО-25-01-005180, выданной Министерством здравоохранения Приморского края, а Пациент принял следующие виды платных медицинских услуг:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | наименование оказанных услуг | цена за ед., руб. | количество | стоимость к оплате |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Всего оказано услуг на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей \_\_\_\_ копеек, НДС не облагается в соответствии с пп. 2 п. 2 ст. 149 НК РФ. Медицинские услуги по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **КЛИНИКА** | **ПАЦИЕНТ** | |
| общество с ограниченной ответственностью «Эвентус»  обособленное подразделение «медицинский центр «Университетская клиника»  лицензия от 27.12.2021 № ЛО-25-01-005180 на право осуществления медицинской деятельности  адрес: 690106, г. Владивосток, пр-т Красного Знамени, д. 23  адрес оказания услуг: 690105, г. Владивосток, ул. Русская, д. 59е  лицензия  ОГРН 1042504061720 ИНН 2539063861 КПП 254001001  р/с 40702810800141501401 в ПАО АКБ «Приморье», г. Владивосток  к/с банка: 30101810800000000795 БИК банка: 040507795  адрес электронной почты:  телефон: | фамилия, имя, отчество |  |
| адрес регистрации |  |
| фактический адрес |  |
| серия, номер, дата выдачи, выдавший орган гражданского паспорта |  |
| дата и место рождения |  |
| СНИЛС |  |
| ИНН |  |
| адрес электронной почты: |  |
| телефон: |  |
| администратор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  м.п. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | |