

ДОГОВОР НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ № _____

г. Иркутск

« _____ » _____ 2019 г.

Общество с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» (ООО «ОММЦ ИМ. СВ. ЛУКИ») далее – «Медицинская организация», в лице Главного врача Петрусева Олега Владимировича, действующего на основании Доверенности № 040418 от 04.04.2018 г. и приказа от 09.01.2018г. № 0005/ЛС «О назначении на должность главного врача», с одной стороны и

_____ (далее - Заказчик/Пациент), с другой стороны, именуемые вместе «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь 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, (далее - договор);

"пациент" - 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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"заказчик" - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу пациента;

«медицинская организация» - организация предоставляющая платные медицинские услуги пациенту;

«прейскурант платных медицинских услуг» является официально утвержденным документом Медицинской организации и предусматривает конкретный перечень и стоимость медицинских услуг, предназначенный для ознакомления пациента и заказчика.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Медицинская организация обязуется оказать, Пациенту, на возмездной основе медицинские услуги по оперативному лечению: _____, врачом-хирургом _____,

(Ф.И.О. врача)

стоимость и сроки, указаны в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью договора, а Пациент обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим договором и приложениями к нему.

1.2. Пациент по доброй воле согласен на оказание услуг, перечисленных в Приложении № 1 к договору и Прейскурантом цен на оказываемые услуги, действующие на момент заключения настоящего договора, с которыми предварительно ознакомлен.

1.3. Медицинская организация осуществляет медицинскую деятельность и действует в соответствии с Лицензией № ЛО-38-01-003231 от 17.08.2018г.; по адресу: 664023, г. Иркутск, ул. Пискунова, дом 137/1, при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в педиатрии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: терапии; при оказании первичной специализированной медико- санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, дерматовенерологии, детской хирургии, детской эндокринологии, кардиологии, колопроктологии, косметологии, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской реабилитации, неврологии, нейрохирургии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечнососудистой хирургии, стоматологии детской, стоматологии

общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, управлению сестринской деятельностью, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии, эпидемиологии. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, травматологии и ортопедии, урологии, хирургии, челюстно-лицевой хирургии; при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), анестезиологии и реаниматологии, операционному делу, оториноларингологии (за исключением кохlearной имплантации), пластической хирургии, сердечно-сосудистой хирургии, сестринскому делу, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, хирургии, хирургии (абдоминальной), челюстно-лицевой хирургии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым), медицинским осмотрам (предсменным, послесменным); при проведении медицинских освидетельствований: медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности, экспертизе временной нетрудоспособности. Орган выдавший лицензию Министерством здравоохранения Иркутской области, расположен по адресу: г. Иркутск, ул. Карла Маркса, дом 29, тел. 8(3952) 24-09-94.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ФС-38-01-001855 от 28.05.2019г. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по: травматологии и ортопедии, урологии, челюстно-лицевой хирургии. Орган выдавший лицензию Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения, по адресу: г. Иркутск, ул. Горького, дом 36, тел. 8(3952) 21-70-13.

1.4. Медицинская организация после исполнения настоящего договора выдает Пациенту медицинские документы, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Медицинская организация обязуется:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. Оказывать услуги, указанные в приложении №1 в хирургическом отделении Медицинской организации, оснащенный необходимым оборудованием, инструментами, материалами.

Медицинская услуга оказывается специалистом Медицинской организации, имеющим документы об образовании государственного образца и компетентным в вопросах диагностики, лечения и реабилитации заболеваний.

2.1.3. В установленное для консультативного приёма время, врач проводит опрос и осмотр Пациента для определения объёма оказываемых услуг.

2.1.4. Пациент до начала лечения (оказания услуг) обязуется сообщить врачу о имеющихся и (или) перенесённых инфекционных заболеваниях (вирусные гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция, сифилис и др.). Врач обязуется сохранить конфиденциальность полученных сведений.

2.1.6. Пациент обязан явиться в Медицинскую организацию для госпитализации в день, согласованный на консультативном приёме в строго указанное время. При поступлении в хирургическое отделение (стационар) Пациент должен иметь при себе следующие документы: паспорт, результаты анализов (полный перечень исследований, необходимых для оказания медицинских услуг, указанных в Приложении №1 настоящего договора), а именно:

2.1.7. В случае, если Пациент не предоставил необходимые документы, Медицинская организация имеет право отказать в предоставлении услуги, предусмотренной настоящим договором до тех пор, пока Пациент не предоставит соответствующие исследования в том объёме, который требуется в соответствии с п. 2.1.6. настоящего договора.

2.1.8. В случае, если по медицинским показаниям имеются основания, препятствующие оказанию медицинской услуги, являющейся предметом настоящего договора, о которых Пациент не знал до заключения настоящего договора или которые были выявлены в результате исследований, проведённых Медицинской организацией во исполнение требований в п. 2.1.6. настоящего договора, Медицинская организация имеет право отказать Пациенту в предоставлении

услуги. Либо по письменной договорённости сторон, перенести срок оказания услуг по настоящему договору на более поздний срок до того момента, когда будет выполнен п. 2.1.6. настоящего договора.

2.1.9. Установленный диагноз и информация о ходе лечения (в том числе изменения хода лечения) заносится врачом в медицинскую карту стационарного больного (история болезни) Пациента.

2.1.10. Пациент имеет право на выбор лечащего врача (хирурга). Пациент обязан следовать предписаниям врача и соблюдать распорядок дня.

2.1.11. Пациента обязан в полном объёме и в установленный срок произвести оплату за оказанные Медицинской организацией услуги, включая все этапы обследования, оперативного лечения, процедур, назначенных в послеоперационный период.

2.1.12. По окончании лечения Пациент обязуется строго соблюдать рекомендации, данные врачом, являться на контрольные медицинские осмотры, соблюдать рекомендованные ограничения и меры предосторожности в связи с перенесённым медицинским вмешательством. Для выполнения Пациента вышеперечисленных условий ему предоставляется Памятка, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.1.13. Исполнитель не несёт ответственности за осложнения, возникшие у Пациента в связи с несоблюдением последним рекомендаций врача.

2.1.14. Произвести фиксацию состояния Пациента до и после проведения операции, путём фотографирования с акцентом на анатомическую область оперирования. Осуществить наблюдение Пациента в течение 1 года с момента выписки, путём проведения контрольных медицинских осмотров через 1,3,6,12 месяцев.

2.1.15. Не разглашать сведения о Пациенте (в том числе в форме фотоизображения) и проведённой ему операции третьим лицам, кроме случаев установленных законодательством РФ.

2.1.16. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Медицинская организация обязана предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Медицинская организация не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.17. По требованию Пациента 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;
- сведения о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- сведения 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.

2.1.18. Предоставить Пациенту по его требованию 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 и последствиях 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.

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

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

2.1.21. Вести учет видов и объемов оказанных Пациенту услуг, их стоимости, а также денежных средств, поступивших от Пациента.

2.1.22. Обеспечивать применение разрешенных к применению в Российской Федерации лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфекционных средств.

2.2. Медицинская организация вправе:

2.2.1. Оказывать медицинские услуги с использованием собственных лекарственных средств, расходных материалов, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования.

2.3. Пациент обязуется:

2.3.1. Пациент обязан своевременно и в полном объеме оплачивать оказанные Медицинской организацией услуги.

2.3.2. Предоставить Медицинской организации данные предварительных исследований и консультаций

специалистов, проведенных вне Медицинской организации (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. Сообщить о любых изменениях самочувствия. Выполнять все требования, рекомендации медицинского персонала Медицинской организации, в том числе на период после оказания медицинских услуг.

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

2.3.5. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Медицинской организации (медицинского работника), в том числе назначенного режима лечения.

2.3.6. Сообщить врачу, до начала оказания медицинской услуги полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), эпидемиологических данных.

2.3.7. Пациент обязуется пройти предварительное медицинское обследование, полно и достоверно информировать лечащего врача обо всех заболеваниях (отклонениях от нормы), которые были или есть у Пациента;

- выполнять все медицинские предписания, до- и после оперативного вмешательства;

- при необходимости пройти фотографирование Пациента до- и после оперативного вмешательства;

- при ухудшении самочувствия в послеоперационном периоде, незамедлительно явиться на приём к врачу для медицинского осмотра, позвонить администратору по телефону _____ или непосредственно врачу;

- известить Исполнителя о невозможности плановой явки на операцию за 48 часов до начала госпитализации.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Пациент вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при условии оплаты Медицинской организации фактически понесенных расходов. В этом случае Пациент обязан уведомить об этом Медицинскую организацию в письменной форме. В течение трех рабочих дней с момента получения соответствующего уведомления Медицинская организация информирует Пациента о расторжении Договора по инициативе Пациента и выставляет Пациенту счет, в котором указывается стоимость понесенных Медицинской организацией расходов по оказанию Пациенту услуг, от которых он отказался. Пациента с момента получения счета от Медицинской организации обязан в течение трех рабочих дней его оплатить. Уплаченные Пациентом денежные средства (в случае предоплаты услуги), превышающие стоимость понесенных Медицинской организацией расходов, связанных с исполнением обязательств по договору, подлежат возврату Пациенту в течение трех рабочих дней с момента получения Медицинской организацией уведомления о расторжении настоящего Договора.

2.4.2. Получать информацию об Медицинской организации и предоставляемых платных медицинских услугах.

2.4.3. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

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

3. СТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Пациент оплачивает медицинские услуги Медицинской организации в объеме, установленном в Приложении № 1 к настоящему Договору (либо в соответствии с действующим прейскурантом цен у Медицинской организации на момент обращения за медицинскими услугами). Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на сайте <http://lukamed38.ru> и на информационных стендах Медицинской организации.

Общая сумма договора складывается из стоимости всех услуг, оказанных Медицинской организацией на протяжении срока действия и в рамках настоящего Договора. Согласно п.2 ст. 149 Налогового кодекса РФ медицинские услуги НДС не облагаются.

3.2. Пациент оплачивает медицинские услуги Медицинской организации путем предоплаты в размере 100% стоимости услуг по прейскуранту. Денежные средства вносятся в кассу Медицинской организации или перечисляются на расчетный счет.

3.3. В соответствии с законодательством Российской Федерации Медицинская организация выдает Пациенту документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг.

3.4. Перечень услуг, которые надлежит оказать Медицинской организацией, определяется Пациентом самостоятельно в соответствии с Прейскурантом медицинских услуг и указывается в Приложении №1, который оформляется при каждом обращении Пациента за предоставлением медицинских услуг и являются неотъемлемой частью договора.

3.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

3.6. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Пациента в кассу Медицинской организации. Обязательства Пациента по оплате услуг Медицинской организации считаются исполненными с момента зачисления суммы оплаты на расчетный счет Медицинской организации указанный в разделе 8 настоящего договора.

3.7. Медицинская организация обязана течение 3 (трех) рабочих дней информировать Пациента об изменении своих банковских реквизитов, путем направления соответствующего дополнительного соглашения, заверенного круглой печатью и подписью Медицинской организацией.

3.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Пациенту услуг, предусмотренный 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 Пациента удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Пациентом по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору в соответствии с настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

4.2. Все споры и разногласия, вытекающие из настоящего Договора, решаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Медицинской организацией в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.4. Медицинская организация освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие нарушения Пациентом условий настоящего Договора, Медицинская организация не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом неполной информации о своем здоровье либо вызванных медицинскими показаниями.

4.5. В случае нарушения Пациентом обязанности по оплате услуг Медицинская организация вправе требовать от Пациента выплаты неустойки в размере 0,1% от стоимости оказанных услуг, за каждый день просрочки.

4.6. 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, эмбарго, забастовки, пожар, паводок, землетрясение, тяжелые метеорологические условия, которые могут стать причиной ненадлежащего выполнения своих обязательств Медицинской организацией и т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

Сторона, которая ссылается на форс-мажорные обстоятельства обязана известить, вторую сторону договора в течение 5 (пяти) календарных дней, с момента наступления указанных выше обстоятельств.

4.7. Пациент, пожелавший расторгнуть договор, обязан уведомить об этом Медицинскую организацию, договор прекращает действие с момента, вручения соответствующего уведомления.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

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

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

6. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

6.1. Пациент предупрежден Медицинской организацией, что любое хирургическое вмешательство сопряжено с известной долей риска и может вызвать отклонения от нормы в самочувствии, которые могут выразиться: в болезненности, общей слабости, чувстве дискомфорта, повышении температуры тела, обострении хронических заболеваний и др., как во время оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде, а также с определёнными моральными переживаниями по поводу результатов лечения, взаимоотношений с окружающими, и иными обстоятельствами и идёт на это добровольно.

6.2. Пациент предупрежден Медицинской организацией о том, что две половины человеческого тела (особенно лица) всегда ассиметричны, что является обычным явлением у людей, имеют различия в форме и размерах, которые остаются и после оперативного вмешательства, в т.ч. пластической операции.

6.3. Пациент предупрежден о возможных осложнениях, которые подробно отражены в Информированном согласии на оказание медицинской услуги.

7. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

7.1. Настоящий Договор может быть изменен или расторгнут Сторонами в период его действия на основе их письменного соглашения. Обязательства Сторон по настоящему Договору считаются измененными или прекращенными с момента подписания соглашения об изменении или расторжении настоящего Договора.

7.2. Пациент согласен на использование факсимильной подписи руководителя Медицинской организации, во исполнения обязательных требований (п. 2 ст. 160 ГК).

7.3. 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 Сторонами.

7.4. В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ Пациент дает письменно согласие на обработку персональных данных Медицинской организации, Приложение №4 к настоящему договору.

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

7.6. До заключения настоящего договора Медицинская организация в письменной форме уведомила Пациента о нарушении существенных условий договора.

Под существенным нарушением Пациентом условий договора подразумевается нарушение режима посещения, лечения, рекомендаций и направлений лечащего врача, которые повлекли за собой значительное увеличение срока оказываемой услуги (более _____) и/или количества приемов пациента, а также дополнительных расходов на материалы, услуги специалистов и прочее со стороны Медицинской организации, которых не было бы в отсутствие указанных нарушений со стороны пациента.

7.7. Подписывая настоящий договор, Пациент подтверждает, что он (она) был(а) проинформирован(а) о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Действующие Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, постановление Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей» и режим работы размещен на сайте Медицинской организации <http://lukamed38.ru> и информационных стендах.

7.8. Информационные стенды Медицинской организации находятся в приемной на первой этаже по адресу: 664025, г. Иркутск, ул. Пискунова, дом 137/1.

7.9. Настоящий договор составлен 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Медицинской организации, второй у Пациента.

7.10. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

Приложения являющиеся неотъемлемой частью настоящего Договора:

Перечень медицинских услуг (Приложение № 1).

Заявления на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 2).

Уведомление о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинской организации (Приложение № 3).

Согласие на обработку персональных данных (Приложение №4).

8. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

<p>Медицинская организация: Общество с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» ООО «ОММЦ ИМ. СВ. ЛУКИ» 664023, Иркутская обл, Иркутск г, Пискунова ул, дом № 137/1 Внесена запись о создании юридического лица от 12.05.2017г. на основании Листа записи Единого государственного реестра юридических лиц Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы №17 по Иркутской области ИНН 3811445969 КПП 381101001 ОГРН 1173850017857 Р/с 40702810223080002834 К/с 30101810600000000774 БИК 045004774 ФИЛИАЛ "НОВОСИБИРСКИЙ" АО "АЛЬФА-БАНК" Тел.: +7 (3952) 50-00-58, WEB-сайт: http://lukamed38.ru Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО- 38-01-003231 от 17.08.2018г., выдана г. Иркутск, ул. Карла Маркса, дом 29 (адрес места нахождения лицензирующего органа: Министерством здравоохранения Иркутской области, тел.: 8(3952) 24-09-94. Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ФС- 38-01-001849 от 01.03.2019г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, территориальный орган Росздравнадзора по Иркутской области, расположен по адресу: г. Иркутск, ул. Горького, дом 36, тел.: 8(3952) 21-70-13.</p> <p>Главный врач _____/Петрусов О.В./ М.П.</p>	<p>Пациент: Ф.И.О. адрес регистрации: год рождения паспортные данные телефон</p> <p>_____/_____/</p>
--	---

Приложение № 2
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 2019г.

Главному врачу
ООО «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»
Петрусеву Олегу Владимировичу
ИНН 3811445969 КПП 381101001
ОГРН 1173850017857
664023, Иркутская обл, Иркутск г, Пискунова ул, дом № 137/1

от
Тел.
e.mail:

ЗАЯВЛЕНИЕ

на оказание платных медицинских услуг и предоставление информации о состоянии здоровья

Я _____,
являясь Пациентом, прошу заключить со мной договор на оказание в Обществе с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», платных медицинских услуг, указанных в договоре.

Я проинформирован(а) о предстоящей медицинской услуге (обследовании, лечении, операции) и поставлен(а) в известность о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Медицинская услуга(и), указанная в данном договоре, оказывается мне в Обществе с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» платно по моей просьбе. Я извещен(а) о возможных последствиях, возникающих в результате оказания медицинских услуг по настоящему договору. Я извещен(а) 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 моего здоровья. Со стоимостью услуги ознакомлен(а) и согласен(а).

Все дополнительные интересующие меня вопросы, касающиеся содержания и исполнения данного договора, были мне разъяснены в устной форме.

С условиями договора ознакомлен(а), согласен(а) и прошу заключить его со мною.

Доверяю информацию о состоянии своего здоровья _____

(Ф.И.О., дата рождения, супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам или иное лицо)

согласно п. 3 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация.

(Ф.И.О.)

(подпись)

**Приложение № 3
к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « ____ » _____ 2019г.**

**от
Тел.
e.mail:**

**УВЕДОМЛЕНИЕ
о последствиях несоблюдения указаний
(рекомендаций) медицинской организации**

Общество с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ» в соответствии с п. 15 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг (утв. постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006, до заключения договора платных медицинских услуг уведомляет

(Ф.И.О пациента)

о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Медицинской организации (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 пациента.

Пациент не может настаивать на оказание ему медицинских услуг способом, который не согласуется с наличием у него абсолютных противопоказаний.

Подозрения лечащего врача на аллергию у пациента, на возможные заболевания, являющиеся противопоказаниями к медицинскому вмешательству, – это основания направить на обследование Пациента.

Пациент обязан исполнить эти требования (рекомендации). Иначе медицинская организация будет иметь право на отказ от исполнения договора и на возмещение убытков согласно статье 36 Закона о защите прав потребителей и пункту 15 Правил предоставления платных медицинских услуг.

С уведомлением ознакомлен, и обязуюсь исполнять

" ____ " _____ 2019 г. _____ / _____
(Ф.И.О. пациента) (подпись)

**Главный врач
ООО «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»**

/Петрусев О.В./

Приложение № 4

к Договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « ____ » _____ 2019г.

СОГЛАСИЕ
пациента на обработку персональных данных

Я

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ в целях оказания мне медицинских услуг подтверждаю свое согласие на обработку Обществу с ограниченной ответственностью «ОБЛАСТНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ», юридический адрес, г. Иркутск, ул. Пискунова, дом 137/1 (далее - Оператор) моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество; пол, дата рождения, адрес места жительства, телефон, место работы, данные паспорта (или иного документа

удостоверяющего личность), данные полиса ОМС (или ДМС); страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за платной медицинской помощью; сведения о диагностических мероприятиях, назначенном и проведенном лечении, данных рекомендациях. В соответствии с требованиями статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 «О персональных данных» № 152-ФЗ даю согласие на обработку моих персональных данных Оператором при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Оператор имеет право:

- при обработке моих персональных данных вносить их в реестры, базы данных автоматизированных информационных систем для формирования отчетных форм и иных сведений, предоставление которых регламентировано договорами или иными документами, определяющими взаимодействие Оператора со страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, органами управления здравоохранения, иными организациями;

- с целью выполнения своих обязательств, предусмотренных нормативными правовыми актами или договорами, на предоставление, передачу моих персональных данных иным организациям, при условии, что указанные предоставление передача будут осуществляться с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих защиту моих персональных данных от несанкционированного доступа, а также при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Даю согласие на то, что срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения медицинской карты и составляет двадцать пять лет. По истечении указанного срока хранения моих персональных данных Оператор обязан уничтожить все мои персональные данные, включая все копии на машинных носителях информации.

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

Я согласен (а) со следующими действиями с моими персональными данными:

1. Обработка моих персональных данных в защищённых в установленном порядке автоматизированных информационных системах персональных данных пациентов;

2. Обработка моих персональных данных, защищённых в установленном порядке, без использования средств автоматизации.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие полностью или частично по моей инициативе на основании личного письменного заявления, в т.ч. и в случае ставших мне известных фактов нарушения моих прав при обработке персональных данных. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку.

(подпись, Ф.И.О.)

(дата)

Согласие получено

Уполномоченный представитель медицинской организации _____

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

Я, _____,

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. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в . (полное наименование медицинской организации) Медицинским работником (должность, Ф.И.О. 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. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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)

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)