



ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Алушта
г.

«__» _____ 202__ г.

Общество с ограниченной ответственностью «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ», действующего на основании свидетельства о регистрации юридического лица серия 23 № 008833084, расположенном по адресу: 298510, РФ, Республика Крым, г. Алушта, ул. Красноармейская, дом 20, 298510, РФ, Республика Крым, г. Алушта, ул. Красноармейская, дом 66-А, ИНН 9101000606, КПП 910101001 ОГРН 1149102025160, имеющем лицензию на осуществление медицинской деятельности № Л041-01177-91/00340306 от 07.02.2020 года, выданной Министерством Здравоохранения Республики Крым, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице Директора Забродской Веры Викторовны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка)

именуемый (-ая) в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, совместно именуемые Стороны, в соответствии с Главой 39 Гражданского кодекса РФ, законом РФ от 07.02.1992г. №2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 21.11.2011г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» гл.11 ст. 84, Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить Заказчику на платной основе медицинские услуги (далее по тексту — услуги) в медицинской службе ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ», отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Заказчик или иное лицо обязуется принять и своевременно произвести оплату указанных услуг в порядке и в сроки, установленные в Договоре.

1.2. Срок оказания услуг с «__» _____ 202__ г. по «__» _____ 202__ г. (включительно).

1.3. Объем оказываемых по настоящему Договору услуг определяется желанием Заказчика и организационно-техническими возможностями медицинской службы ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ». Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия физического лица на медицинское вмешательство на основании предоставленного медицинским работником ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ» в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медпомощи, связанных с ними рисках, видах медвмешательства, их последствиях и ожидаемых

результатах, который доводится до пациентов перед ее оказанием в зависимости от вида медицинской помощи, путем подписания между заказчиком (пациентом, его законным представителем) и исполнителем информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, подробности - в документе, который получает пациент.

1.4. Основанием для получения Услуг является фискальный чек полной оплаты стоимости подлежащих оказанию Услуг в соответствии с действующим Прейскурантом ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ».

1.5. Заказчик подтверждает, что на момент подписания настоящего договора ознакомлен: с Положением о порядке и условиях предоставления медицинских услуг ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ», перечнем и стоимостью предоставляемых услуг Исполнителем, со сведениями о наличии у Исполнителя лицензии по видам деятельности, Правилами внутреннего распорядка, правилами техники безопасности и правилами пожарной безопасности Исполнителя, а также уведомлен о том, что оплаченные денежные средства по настоящему Договору не подлежат возмещению за счет средств обязательного медицинского страхования.

Подпись _____ расшифровка подписи _____

1.6. Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение им указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказать на состоянии здоровья Заказчика.

Подпись _____ расшифровка подписи _____

1.7. Заказчик подтверждает, что при заключении договора получил в доступной форме информацию о возможности получения медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в медицинских организациях, участвующей в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Подпись _____ расшифровка подписи _____

1.8. Заказчик подтверждает, что согласовывает оказание медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств.

Подпись _____ расшифровка подписи _____

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2.1.2. В соответствии со ст.7 ФЗ «О персональных данных» от 27.07.2006г. №152-ФЗ, получив доступ к персональным данным Заказчика, не раскрывать третьим лицам и не распространять персональные данные Заказчика, соблюдать врачебную тайну.

2.1.3. До начала лечения определить и информировать Пациента о необходимых

видах и объеме оказываемых услуг.

2.2.5. Оказать перечень услуг согласно оплаченным медицинским услугам.

2.1.6. Предоставить Заказчику полную и достоверную информацию о перечне услуг, предоставляемых Исполнителем. Действующий прейскурант цен на медицинские услуги размещен на <https://slavutich.su> и на информационных стендах Исполнителя.

2.1.7. Предупредить Заказчика, в случае, если при предоставлении указанных в договоре платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных в Договоре.

2.1.8. Не предоставлять Заказчику дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без его согласия. Согласие оформляется допсоглашением к договору либо новым договором с указанием конкретных услуг и их стоимости.

2.2.9. Предоставлять Пациенту сведения о 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.

2.1.10. 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.

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

2.1.12. Хранить договор в течении 3-х лет.

2.1.13. Предоставлять копии учредительных документов и лицензии для ознакомления по требованию потребителя.

2.1.14. Предоставить дополнительные медицинские услуги по экстренным показаниям без взимания платы.

2.1.15. Отвечать в отношении заявленных требований и претензий в сроки установленные Законом РФ «О защите прав потребителей», а при их отсутствии в 10-ти дневный срок. Отвечать на адрес электронной почты, указанный в претензии, а при его отсутствии – заказным письмом с уведомлением о вручении либо иным способом, который позволяет зафиксировать факт направления ответа и его получение потребителем.

2.1.16. Предоставить пациенту акт оказанных медицинских платных услуг для ознакомления с ним.

2.1.17. После оказания услуг Исполнитель по требованию выдает Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о

результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется бесплатно.

2.2.Заказчик обязуется:

2.2.1. Оплатить Исполнителю услуги по настоящему договору в полном объеме.

2.2.2. До оказания медицинской помощи информировать врача о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, точно выполнять назначения врача, а также указания, предписанные на период после оказания услуг.

2.2.3. Ознакомиться с информацией, указанной в п. 1.5 настоящего договора.

2.2.4. Соблюдать Правила внутреннего распорядка Исполнителя, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

2.2.5. Рассмотреть и подписать представленный исполнителем акт в сроки, определенные сторонами договора. При отсутствии замечаний акт подписывается пациентом и передается исполнителю. Если у пациента есть претензии к качеству оказанных услуг он должен письменно их перечислить в акте.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Аннулировать предварительную заявку в случае неуплаты Заказчиком стоимости Услуг.

2.3.2. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандарта медицинской помощи, утвержденном МЗ РФ, либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

2.3.3. В одностороннем порядке изменить предварительно определенный объем оказываемых медицинских услуг в случае, если существует угроза жизни и здоровью Заказчика.

2.3.4. Отказать в оказании медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Заказчика.

2.3.5. Отказать в оказании медицинских услуг Заказчику, находящемуся в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. На профилактику, диагностику, лечение в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям.

2.4.2. На получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, на выбор лиц, которым в интересах заказчика может быть передана информация о состоянии его здоровья.

2.4.3. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

2.4.4. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.4.5. Направить претензию в любой форме на почтовый адрес: 298510, Республика Крым, г.Алушта, ул.Красноармейская, 20 или на электронный адрес: info@slavutich.su, либо изложить ее в книге отзывов и предложений.

3.СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1.Стоимость услуг Исполнителя определяется на основании действующего, на дату оказания услуг, прейскуранта цен на медицинские услуги.

3.2. Общая сумма медицинских услуг, оказываемых в соответствии с настоящим

Договором, определяется на основании действующего прейскуранта и указана в Приложении к настоящему Договору, а также в кассовом чеке. Приложение является неотъемлемой частью договора.

3.3. Заказчик оплачивает услуги с учетом ст.16.1 и 37 закона РФ «О защите прав потребителей» в наличной или безналичной форме в валюте Российской Федерации (рубли).

3.4. В случае изменения стоимости услуг после их оплаты Заказчиком, разница, на которую уменьшилась стоимость, не возвращается, а разница, на которую увеличилась стоимость, не доплачивается.

3.5. Подписанный акт оказанных медицинских платных услуг подтверждает, что пациент получил оплаченные медицинские услуги в полном объеме, надлежащего качества и не имеет к медицинской службе ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ» и медперсоналу никаких претензий.

4.ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим Законодательством Российской Федерации.

4.2.Заказчик возмещает ущерб в случае утраты или повреждения имущества Исполнителя.

4.3. Исполнитель не несет ответственность за результат оказания медицинских услуг в случае несоблюдения потребителем рекомендаций по лечению, подготовке к процедуре и иных неправомерных действий, а также, если заказчик не проинформировал медицинскую службу ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ» о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

4.4. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств (стихийного бедствия, эпидемии, военных действий, забастовок, принятии компетентными органами актов запретительного характера и т.п.) препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

4.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае не достижения согласия – в суде общей юрисдикции по правилам подведомственности и подсудности, установленным гражданским процессуальным законодательством.

5. ОСОБЫЕ УСЛОВИЯ.

5.1.При невозможности исполнения настоящего договора, возникшей по вине Заказчика, в т.ч. неявке или опоздании, услуги Исполнителя подлежат оплате в объеме понесенных им расходов.

5.2.Возврат денежных средств за неиспользованные услуги, исключая расходы Исполнителя, производится Заказчику с учетом уважительных причин при наличии подтверждающих документов.

5.3.Исполнитель определяет характер и объем медицинского обслуживания Заказчика с учетом его медицинских показаний и в соответствии с медицинской лицензией на осуществление медицинской деятельности Исполнителя.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания сторонами и действует до полного исполнения обязательств каждой из сторон.

6.2. Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанного сторонами.

6.3. В случае полного отказа Заказчика от получения медицинских услуг после заключения Договора и оплаты услуг Договор расторгается. В случае частичного отказа от оказания услуг Заказчику подлежат возврату денежные средства пропорционально объему оказанных услуг.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. В случае возникновения споров, стороны принимают необходимые меры для решения их в досудебном порядке путем переговоров. Если в процессе переговоров стороны не пришли к компромиссу, споры решаются в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Все приложения, акты, дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью договора.

7.3. Договор составлен и подписан в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу (один из которых находится у исполнителя, второй – у заказчика, третий – у потребителя. В случае если договор заключается между потребителем и исполнителем он составляется в 2 экземплярах).

8. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель: ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ» Юридический адрес: 298510, РК, г., Алушта, ул. Красноармейская, дом 20 Почтовый адрес: 298510, РК, г., Алушта, ул. Красноармейская, дом 20; 298510, РК, г., Алушта, ул. Красноармейская, дом 66-А; ОГРН 1149102025160 ИНН/КПП 9101000606 / 910101001 Симферопольский филиал АБ «РОССИЯ» г. Симферополь. р/с 40702810101280002743 К/с 30101810835100000107 БИК 043510107 Директор ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ» _____ В.В. Забродская	Заказчик: Ф.И.О. _____ № путевки _____ № комнаты _____ Паспорт: серия _____ № _____ выдан _____ дата выдачи: _____ Дата рождения: _____ г. Адрес регистрации по месту жительства: _____ _____ подпись, _____ расшифровка подписи « _____ » _____ 202 _____ г. *Для заказчиков, услуги которых оплату производят иные лица: с условиями настоящего договора ознакомлен (- на), согласен (-на), принять на себя финансовые обязательства по договору. Супруг (-а), отец, мать, сын, дочь, усыновитель, попечитель: ФИО плательщика, _____ адрес место жительства, _____ _____ телефон _____ _____ Дата _____ подпись _____ расшифровка подписи _____
--	---

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я,

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

" ____ " ____ г. 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)

" ____ " ____ 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 первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ»
(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 (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)

"__" _____ 202__ г.
(дата оформления)

**Информированное согласие на обработку персональных данных пациента,
а также иных субъектов персональных данных**

Я, _____
(ФИО)

зарегистрированный(ная) по адресу _____

Паспорт серия _____ № _____ выдан _____
(кем выдан, дата выдачи)

свободно, своей волей и в своих интересах даю согласие уполномоченным должностным лицам на обработку (любое действие/ операцию или совокупность действий/операций, совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество, дата и место рождения; гражданство; прежние фамилия, имя, отчество; выполняемая работа и должность; степень родства, фамилии, имена, отчества, даты рождения близких родственников (отца, матери, братьев, сестер и детей), а также мужа/жены); адрес регистрации и фактического проживания; паспорт (серия, номер, кем и когда выдан); документ о праве на льготы (серия, номер, кем и когда выдан); номер телефона; идентификационный номер налогоплательщика; номер страхового свидетельства обязательного страхования; наличие (отсутствие) заболеваний, подтвержденных заключением медицинского учреждения и/или учреждения медико-социальной экспертизы; сроки и причины стационарного и/или амбулаторного лечения; результаты медицинских осмотров (обследований), а также психиатрического и наркологического освидетельствования.

(ФИО, должность, подпись)

Заказчик/Плательщик:

(ФИО полностью, подпись)

Акт оказанных медицинских платных услуг
№ _____ от «____» _____ 202__ г.

Заказчик/Плательщик:

(ФИО)

Пациент:

(ФИО)

№	Наименование услуг, работ	Цена, руб.	Кол- во	Скид ка %	Сумма к оплате руб.

Всего оказано услуг, на сумму _____, руб. НДС не облагается в соответствии с пп.2 п.2 стр.149 НК РФ. Медицинские услуги и работы по договору об оказании платных медицинских услуг выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Исполнитель:

ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ»

Юридический адрес: 298510, РК, г., Алушта,
ул. Красноармейская, дом 20

Почтовый адрес: 298510, РК, г., Алушта,
ул. Красноармейская, дом 20;

298510, РК, г., Алушта,

ул. Красноармейская, дом 66-А;

ОГРН 1149102025160

ИНН/КПП 9101000606 / 910101001

Симферопольский филиал АБ «РОССИЯ»

г. Симферополь.

р/с 40702810101280002743

К/с 30101810835100000107

БИК 043510107

Директор

ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ»

_____ В.В. Забродская

Пациент:

ФИО _____

Паспорт: серия _____ № _____
выдан _____

дата выдачи: _____

Контактный телефон _____

подпись, _____ расшифровка подписи _____

«____» _____ 202__ г.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целях обеспечения соблюдения в отношении меня законодательства Российской Федерации в сфере отношений, связанных с оказанием медицинской и/или медико-социальной помощи.

Я ознакомлен (а), что:

- 1) согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия;
- 2) согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- 3) в случае отзыва согласия на обработку персональных данных, уполномоченные учреждения и должностные лица вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- 4) после достижения целей обработки персональных данных персональные данные хранятся в течение срока хранения документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации;
- 5) персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться только в целях осуществления возложенных законодательством Российской Федерации на уполномоченные учреждения, органы и должностных лиц функций, полномочий и обязанностей.
- 6) конфиденциальность персональных данных соблюдается в рамках исполнения учреждениями, органами и должностными лицами законодательства Российской Федерации.

Дата начала обработки персональных данных: _____

(число, месяц, год)

(подпись)

ЗАКАЗ

на оказание медицинских платных услуг

Заказчик/Плательщик:

(ФИО)

Пациент: _____

(ФИО)

В соответствии с п. 1.1. Договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от _____, заключенного между Потребителем (Заказчиком) и Исполнителем, Стороны договорились о нижеследующем: Исполнитель обязуется оказать Потребителю, а Потребитель (Заказчик) оплатить следующие услуги:

№	Наименование услуги	Цена, руб.	Кол-во	Скидка %	Сумма к оплате руб.

Принимающий заказ (сотрудник ООО «САНАТОРИЙ «СЛАВУТИЧ»)